Negyvenegyedik évfolyam. 6. szám. *Budapest, 1897. február 7.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a Tauffer Vilmos tanár vezetése alatt álló II. szülészeti és nőgyógyászati klinikáról.

A magas fogóról, különös tekintettel a szűk medenczékre.

Közli: *Tóth István* dr., egyetemi tanársegéd.

Nincs az a szülészeti iskola, a mely a fogót, mint egy hasznos, jóformán nélkülözhetlen eszközt be nem vette volna műszertárába s nem használná, de alkalmazási köre az egyes iskolák szerint nagyon különböző; a míg pl. Kézmárszkynál 1·4%, Abegg, Winckelnél 2·2%, illetőleg 2·6% a fogó alkalmazásának gyakorisága az összes koponyafekvéses szülésekhez viszonyítva, addig másoknál 8·4%, 9·16%, 11·6%-ot tesz ki (Olshausen, Schauta, Schultze); a míg tehát egyik csak minden 50—60-dik koponyafekvéses szülést fejez be fogóval, a másik minden 10-diknél szükségét látja alkalmazásának. Ezen nagy differentiának megfelelőleg, különböznek a felfogások is a fogó alkalmazásának veszélytelenségéről, illetőleg káros voltáról, pl. hogy csak újabb adatokat hozzunk fel, Schmid (Archiv f. Gynaekol. 47.) a typikus fogóműtétet úgy az anyára, mint a magzatra egyaránt veszélytelen eljárásnak tartja, Münchmayer (Arch. f. Gynaek. 36.) s vele Wahl (A. f. Gynaek. 50.) a fogóműtétet az összes szülészeti műtétek között a legvéresebbnek mondja s mindkettő osztja Winckel azon nézetét, hogy a fogó még a legjártasabb műtő kezében sem veszélytelen műszer; ennek megfelelőleg alkalmazási körét is szűkebb határok közé kívánják szoritani.

Úgy látszik, mindinkább szaporodik azoknak száma, a kik a szülészetben, a szülészi műtétekben a conservativismus mellett foglalnak állást s mióta minden szülő-intézetnek statistikája világosan mutatja, hogy aránytalanul kedvezőbb azon szülések-gyermekágyak lefolyása, a mely esetekben belső beavatkozás, akár belső vizsgálat is, nem történt, mindinkább fokozottabb a törekvés arra nézve, hogy úgy a külső vizsgálatot tökéletesítsük, mint arra, hogy lehetővé tegyük a szülés befejezését oly eljárások útján, a melyeknél a szülőcsatornát külső behatások nem érik. Így fejlődött ki s nyert általánosabb elterjedést a Ritgen-féle eljárás, majd a Krysteller-féle expressio, a mely eljárások igen is sok esetben helyettesíthetik a typikus fogóműtétet.

Klinikánkon e tekintetben mindig meg volt a conservativismusra való törekvés, bizonyítja, hogy a lefolyt 15 év alatt 7775 szülés közül csak 155 fogóműtétet végeztünk = 1·9%, s így e százalék-aránynyal minden esetre a legconservativabb iskolák között foglalunk helyet.

A mikor azonban mindinkább iparkodunk szűkebb korlátok közé szoritani a fogó alkalmazását, tisztán azon czél vezet, hogy minél ritkábban, minél kevesebb esetben fejezzük be a szülést mesterségesen olyan eljárás útján, a mely szükségessé teszi a szülőcsatornának érintkezését, sértését idegen testtel, akár kézzel is; de nem írhatjuk alá Münchmayer, Wahl s a többiek azon nézetét, hogy a fogó a legvéresebb az összes szülészeti műtétek között. Nem engedi e közlemény kerete, hogy összes fogóműtéteinkre kiterjeszkedjem, de épen a következőkben tárgyalandó magas fogóműtéteink adataival kívánom e véleményünket igazolni, a melyek pedig erre nézve minden esetre a legnyomósabb érveket szolgáltathatják.

Iparkodunk tehát helyettesíteni a fogót más eljárások által ott, a hol ezek kisebb veszélyűek, különösen az anyára nézve, másrészt azonban a fogó alkalmazási körét egy más irányban fejlesztettük ki, t. i. *a magasan álló fejre* alkalmazott fogóműtéttel, a minek jogosultságát, sikeres voltát az alábbiakban igazolhatjuk, miután idevonatkozó tapasztalatainkat előadtuk.

E közlemény keretében összefoglaljuk mindazon magas fogókat, a melyeket úgy a klinika szülőosztályán, mint a klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikumban végeztünk s melyekről feljegyzéseink megvannak.[1]

Összesen 34, illetőleg a magas fogó kisérletekkel együtt 44 esetről lesz szó, melyeket áttekinthetőség kedvéért 3 csoportba foglalhatunk:

I. *Magas fogó rendes medencze mellett.*
II. *Magas fogó szűk medencze mellett.*
III. *Magas fogó kisérletek.*

I. csoport:

Magas fogó rendes medencze mellett. (Lásd a mellékelt táblázatot.)

Összesen 10 esetben alkalmaztunk fogót magasan álló fejre rendes medenczénél, 2 izben a klinikán, 8-szor a poliklinikumban.

A szülőnők közül többször szülő 8, 2 pedig először szülő; e két utóbbinál hosszú kitolás mellett magas hőmérsék s az érverés számának feltünő szaporodása adta az indicatiót a beavatkozásra, mindkét esetben régen elfolyt magzatvíz mellett a bemenetben rögzitett fejnek kimozdítása s így a szülésnek minden esetre javalt befejezése fordítás útján megkisérelhető sem volt volna s így az anya érdekében intendált beavatkozás a magzat életének szem előtt tartásával csakis a fogó lehetett; az egyik esetben a magzat élveszületett (anyja 41 éves IP.), a másik igen erősen fejlett magzat asphyxiában jött a világra, felélesztheto nem volt (lásd 10. és 3. sz. esetet); mindkét esetben gátmetszés előzte meg a fej kifejtését.

A 8 multipara között 2 XV.-ször szülő.

Kort illetőleg:

20—30	év között volt	2	szülőnő		
30—35	„ „ „	1	„		
35—40	„ „ „	4	„		
40 éven felül volt		3	„	=	30%.

Minden esetre feltünő, hogy a 10 közül 7 szülőnő 35 éven felül volt s ennek megfelelőleg 4, 5, 8, 9, 14 és 14 szülésen

[1] Schultz dr., volt klinikai tanársegéd a Gyógyászat 1895. 44—46. számában s a Zeitschrift f. G. und Gyn. XXXIV. kötetében közölt magas fogó eseteket, a melyek egyrésze a II. szül. és nőgyógy. klinikáról ered, miután azonban, sajnos, e szülések naplói a klinikai irattárból hiányzanak, ezen eseteket közlésünk keretébe nem vehettük fel.

Magas fogó rendes medenczénél.

	Év, fejlap száma	Név, kor	Hányadszor szülő? Előző szülések	Vajudás tartama	Magzatvíz elfolyása	Medencze	Fej állása	Méhszáj minősége	Indicatio	Műtét	Magzat	Lepényi időszak	Sérülés	Gyermekágy	Megjegyzés
1.	1888. K. 384.	V. N. 30 éves	III P. I. forceps, halott magzat, II. rendes	26 óra	21 óra előtt	24, 27, 20 rendes	II. kf., fej a bemenet felett mozgatható	Böven 3 ujjnyi duzzadt szélekkel	*Ikerterhesség* mellett atonia uteri	Naegele-féle fogóval; kifejtés fejtető fekvés mechanismusa szerint	*Élő* fiú, 51 cm., 3000 gm.	Lásd a részletes leírásban	Méhszáj kis fokban berepedt	11 napon át lázas; ulcus	A II-dik magzat koponyafekvésből fordítás útján halva hozatott ki, cervixrepedés. Lásd részletes leírását
2.	1889. Plk. 534.	M. F. 40 éves	XV P., utolsónál forceps, többi rendes	36 óra	Több mint 36 óra előtt	Rendes	I. kf., fej a medencze bemenetre harántul reányomva	Eltünt	Régen elfolyt magzatvíz mellett fájdalomgyengeség, a magzat veszélye	Tarnier-féle fogóval	*Halott*, 61 cm., 5940 gm.	Rendes	—	Láztalan	—
3.	1890. K. 76.	R. R. 24 éves	I P.	Több mint 24 óra	16 óra előtt 3 ujjnyi méhszájnál	23, 27, 22 rendes	II. kf., a bemenetben rögzítve	Tünőfélben	Hosszú kitolás, T. 39·8° C., p. 112	Breus-féle fogó, 2-szer alkalmazva	*Halott* (asphyctikus), 55 cm., 3650 gm. (agynyomás!)	Nagy atonia, *uterus tamponade*	Episiotomia	10 napon át mérsékelt lázak, ulcus	—
4.	1890. Plk. 845.	K. F. 26 éves	III P. I P. forceps, II-dik rendes	24 óra	8 óra előtt	Rendes	*I. arczfekvés*, a bemenetben rögzítve	Eltünt	T. 38·4° C., p. 100, fájdalom gyengeség	Breus-féle fogóval	*Élő*, jól fejlett	Rendes	—	Láztalan	—
5.	1892. Plk. 1022.	Cs. G. 37 éves	VI P., közte 1 forceps	4 nap óta	4 nap előtt	Rendes	I. kf., a bemenetben rögzítve	Eltünt	Kitolás hosszú tartama, fájdalom gyengeség, a magzat veszélye	Breus-féle fogó, majd kimeneti Naegele-féle fogóval	*Élő*, 57 cm., 37 cm.	Rendes	—	Láztalan	—
6.	1893. Plk. 1071.	M. F. 38 éves	X P. rendesek	23 óra	5½ óra előtt	26, 30, 20 rendes	*I. homlokfekvés*; fej a medencze bemenetre nyomva, nagy fejdaganat	Eltünt	T. 38·1° C.; cervix kinyulás, fenyegető ruptura	Breus-féle fogóval	*Élő*, jól fejlett leány	Rendes	—	Láztalan; a bal lábon napokig tartó félhüdés	—
7.	1893. Plk. 1090.	H. I. 38 éves	V P. rendesek	20 óra	13½ óra előtt, 4 ujjnyi méhszáj mellett	27, 30, 21 rendes	I. kf., a fej a bemenetre harántul reányomva	Tünőfélben	Hosszú kitolás; T. 38·5° C., p. 120, az anya kimerülése	Tarnier-féle fogóval	Asphyxiában született, *elhalt*, *61* cm., *5500* gm.	Rendes	—	Láztalan	Lásd részletes leírását
8.	1894. Plk. 136.	S. V. 38 éves	IX P. rendesek	18 óra	9½ óra előtt	27, 30, 21 rendes	I. kf., a bemenetre reányomva, nyilvarrat a j. ferdében, nagy fejdaganat	Eltünt	Hosszú kitolás, a fej beilleszkedésének hiánya, anya kimerülése	Olshausen-féle fogóval	*Élő* fiú, 54 cm., 37 cm.	Rendes	—	Láztalan	—
9.	1895. Plk. 696.	D. I. 44 éves	XV P. rendes	2 nap	8 óra előtt	Rendes	I. kf., fej a bemenetre reányomva, nagy fejdaganat	Eltünt	Kinyult cervix, ruptura veszélye	Tarnier-féle fogóval	*Élő* fiú, 56 cm., 36 cm.	Kisfokú atonia	—	Láztalan	—
10.	1896. Plk. 703.	B. C. 41 éves	I P.	Több mint 4 nap	3 nap előtt	26, 29, 21 rendes	I. kf., fej a bemenetben	4 ujjnyi (előző incisio)	T. 39·0° C., p. 130, hosszú kitolás, anya kimerülése	Tarnier-féle fogóval	*Élő* fiú, 50 cm., 33 cm.	—	Gátmetszés, varrás	Láztalan	—

Rövidítések: K. = Klinikán.
Plk. = Poliklinikumban.
Magzatméretek: hossza, súlya, illetőleg fejkerület.

Medenczeméretek a következő sorrendben: 1. spinák, 2. christák } távola. 3. conjug. externa.

estek át; természetes, hogy az ily többször szült nőnél, ha egy újabb szülés alkalmával bármi okból is nagyobb munkát kell végeznie a méhnek, könnyebben áll elő a méhnyak kinyulása s ezzel a rupturára való hajlandóság inkább megvan; az elölfekvő fej hosszabb időn át egy helyben maradása mellett tehát nem várakozhatunk annyi ideig mint egy I P.-nál. A 7-dik korosabb (41 éves) szülőnő először szült; tudjuk, mily nehezen megy ilyen korosabb I P.-nál a tágulás, különösen, ha korán folyik el a magzatvíz, következése azután hosszú vajudás alatt a szülőnő kimerülése.

A magzat feje a bemenetben rögzítve volt 4 esetben, a fölött, illetőleg csak kis részletével beékelve 6 esetben.

(Folytatása következik.)

Közlemény Brandt J. tnr. kolozsvári sebészeti klinikájáról.[1]

A kolozsvári sebészeti klinika működése 1895-ben.

Közli: *Papp Gábor* dr., tanársegéd.

(Folytatás.)

IX. Felső végtag.

Betegség	Felvétel			Elbocsátás						Meghalt	
				Gyógyult		Javult		Gyógyulatlan			
	összes	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
I. Sérülések.											
a) Lágyrészeken	11	8	3	7	1	1	—	—	2	—	—
b) Csontokon	22	18	4	17	4	1	—	—	—	—	—
c) Izületeken	5	4	1	—	—	2	1	2	—	—	—
II. Lobok.											
a) Lágyrészeken	12	9	3	8	2	—	1	1	—	—	—
b) Csontokon és izületeken	14	6	8	4	3	2	4	—	1	—	—
III. Daganatok	3	3	—	2	—	—	—	—	—	1	—
IV. Vegyesek	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Összesen	68	48	20	38	11	6	6	3	3	1	—

I. *Sérülések.*

a) Lágyrészeken.

Vulnus contusum 11 eset (8 férfi, 3 nő), négynél gép-, háromnál löporrobbanás (sziklarepesztés, puskacső elrepedése), kettőnél löveg (golyó, papirfojtás), kettőnél kutyamarás által. Hét esetben a jobb, négyben a bal kéz, illetve alkar sérült; a hüvelyk- és mutatóujj gyakrabban volt bántva, mint a többi. Három esetben ujjpercz- vagy ujjkiizelést végeztünk, a lágyrészek tönkremente vagy csontelhalás folytán. A mutatóujj kiizelésénél egyúttal a középcsont fejecsét is lefürészeltük, miáltal a kéz jobb alakot nyert s használhatóbbá vált. Gyógyult 7 férfi, 1 nő; javult 1 férfi (a papirfojtás után hosszas genyedés állott be s a beteg nem várta meg a kezelés végét); gyógyulatlan 2 leány, kiket miután veszett kutyamarta sebüket tüzes vassal kiégettük, a budapesti Pasteur-intézetbe szállítottunk.

b) Csontokon.

Fractura phalang. digit. 5 eset (férfi), melyből 3 a jobb, 1 a bal mutatóujjra és 1 a jobb 4. és 5. ujjra esik. A hatány gépkerék, szekérkerék, töltényrobbanás, golyó volt. Kiizelést 4 esetben 5 ujjon végeztünk. Gyógyultak.

Fractura metacarpi 2 eset, lövés folytán, az 1. illetve az 5. csont szétzúzásával. Egyik esetben a lecsupaszított mutatóujjat kiizelve, annak megmaradt bőrével fedtük a középcsont kiszedése után mutatkozó nagy anyaghiányt, a bőrlebenyt a csúcsával a kéztő felé visszahajtva; igen szépen gyógyult. Másik esetben az 5. középcsontot teljesen resecáltuk. Gyógyultak (1 férfi, 1 nő).

Conquassatio manus, 2 eset, gép- és puskaagy-robbanás által. Mindkét esetben az alkar alsó részén primaer csonkítást kellett végeznünk. Gyógyultak (2 férfi).

Fractura ulnae 1, radii 1, proc. styl. radii 1, ulnae et radii 3 (két aperta) eset, nagyobb részt direct ütés, 1 esetben gépszíj által; utóbbinál a radius az alsó, az ulna a felső részben volt törve, valószinűleg csavarodás folytán. A kezelés a duzzanat oszlása után többnyire 2 sín alkalmazásából, néha gypspólya-kötésből állott, mely utóbbi 8—12 nap után levétetvén, massagenak adott helyet. Gyógyult 5 férfi, 1 nő.

[1] L. az Orvosi 1897. 4. számát.

Betegeink töréssel, ha különben járni tudtak, sőt anélkül is, kötés után többnyire távoztak illetve elvitettek, s otthon kezeltették tovább magukat vagy ambulantiára jártak. Távozásukat a betegforgalom gyorsítása végett magunk is elősegítettük. Így azután a törések gyógytartama nem mindenütt ismeretes pontosan.

Fractura humeri 4 eset, 2 direct, 2 indirect; mindenik fedett. Egyiknél a törés a sebészi nyakon volt s úgy jött létre, hogy az illető nő fáról való leesés közben ágba kapaszkodva, karjánál fogva fennakadott. Gypskötésben gyógyultak (2 férfi, 2 nő).

Fractura claviculae 2 eset a külső harmadban, kézre esés folytán. Egyiknél eltolódás nem volt, másiknál a helyttartás nem igen ment. Gyógyult 1 férfi, javult 1 férfi.

Fractura spinae scapulae 1 eset direct ütés folytán; a beteg pár héttel utóbb jött hozzánk s mi a törést a lapocztáji tályog felnyitása közben fedeztük fel. A spinából az alapig terjedőleg egy darab ki volt törve. Gyógyult (férfi).

c) Izületeken.

Luxatio cubiti posterior 2 eset, elesés folytán; egy 4 hét, másik 5 hó előtt. Helyretétel csak véres úton sikerült, midőn is egyiknél ívalakú, másiknál kétoldali metszéssel nyitottuk meg az izületet; az oldalszalagok átmetszésén kivül egyik esetben a letört és ferde helyzetben rögzített belső condylust kivettük. Az utókezelés pár heti rögzítésből, azután massageból állott. Mozgékonyság mindkét esetben korlátolt lett. (Javult 1 férfi, 1 nő).

Luxatio humeri subcoracoidea 3 eset, elesés, verekedés folytán. Egyik 6, a másik 14 hetes; helyretétel narcosisban sem kézzel, sem Schneider-Menel nyujtókészülékkel (ezt néha alkalmazzuk) nem sikerült; a betegek véres műtétbe nem egyezve, gyógyulatlanul távoztak (2 férfi). Különben bizonyos fokú mozgathatóság volt már náluk kifejlődve. A harmadik esetben 9 napos ficzam helyretétele véres úton sem sikerült s a fejecset resecálni kellett. Javultan távozott (1 férfi).

II. *Lobok.*

a) Lágyrészeken.

Ulcera syphilitica 2 eset; egyik higany (Hg. salicylic. 1:10 Ol. paraffini) gluteal befecskendésekre gyógyult, a másik gyógyulatlanul magánkezelésre távozott (2 férfi).

Phlegmone brachii, genyes atheroma kiirtása (ambulantián) után; a seb tisztán tartása, hideg borogatás, higanykenőcs gyógyuláshoz vezettek (1 férfi).

Abscessus különböző helyeken 9 eset, többnyire heveny eredettel. Hétnél felnyitás, egynél az elhalt kisujj (borbély, ki munkája közben sérült meg) kiizelése után gyógyulás, egynél felnyitásra javulás állott be. (Gyógyult 6 férfi, 2 nő, javult 1 nő).

b) Csontokon és izületeken.

Necrosis a mutatóujjon és a negyedik ujj proximal perczén 1—1 eset, phlegmone után; a mutatóujjat kiizeltük, a perczet resecáltuk. Gyógyultak (1 férfi, 1 nő).

Caries a kézközép és -tő csontjain 4 eset, melyekből kaparásra 2 gyógyult (1 férfi, 1 nő), 1 javult (nő). Egynél a folyamat kiterjedt volta miatt alkarcsonkítást végeztünk (gyógyult 1 férfi).

Osteomyelitis radii 1 eset, fistulával; kikaparásra javult (nő).

Contractura cubiti az izület idült csúzos lobja folytán; kinyujtásra és massagera javult (férfi).

Arthritis cubiti fungosa 5 eset, melyekből 1 kikaparásra javult (nő), háromnál könyökcsonkolást végeztünk; 2 gyógyult (1 férfi, 1 nő), 1 javult (férfi); 1 eset semmi műtétbe nem egyezvén, gyógyulatlanul távozott (nő).

A könyökcsonkolást lefelé tekintő domború metszéssel és a triceps inának átvágásával végeztük s mindhárom csontvéget lefürészeltük. A synovialis kiirtása után a triceps inát az alkar háti bönyéjéhez varrjuk, az izomzatot catguttal, a bőrt selyemmel egyesitjük, egy vagy két oldalon draint illesztve be. A kötést gypspólyákkal rögzítjük. Az alkar derékszögű hajlításban félig supinatióban van. Az eredmény a mozgathatóságot illetőleg: többnyire csekély nyujtás, valamivel jobb hajlítás; a kéz könnyebb munkát végezni képes, sőt a kar emel is kisebb súlyokat.

Necrosis a felkarcsont fejecsében és az ízvápában ütés után; az izület teljes resectiójára javult (nő).

III. *Daganatok.*

Melanosarcoma a jobb kéz 4. ujjának végperczén; a középső percz csonkítására gyógyult (nő).

Sarcoma medullare az alkaron, melynek mindkét csontját keresztülrágta; kifekélyesedve erős vérzést okozott, mit a karütér lekötése által sikerült egyidőre szüntetni. Amputatióba nem egyezett. Az anaemia éjjel annyira fokozódott, hogy az öntudatlan betegen czélszerűnek láttuk a felkar csonkítását azonnal végrehajtani. Lassanként magához térve, ő örvendett a műtétnek, az életnek legjobban. Gyógyultan távozott.

Sarcoma scapulae, 1 férfinál; az emberfejnyi daganat az egész lapoczkát tönkre tette, úgy hogy a vállcsúcs és az izfelület kivételével resecálni kellett. A különben is idősebb férfi nem birta ki az altatás s a vérvesztés következményeit: harmadnapra meghalt. Bonczolásnál marasmus senilist vettek fel a halál okának.

IV. *Vegyesek.*

Pollex superfluus csecsemőnél mindkét kezen; jobboldalt a két percz teljesen kifejlődve, a rendes helyzetű hüvelyknek külső oldalán, azzal közös izületben; a két hüvelyk első perczét közös bőr is fedte. A bal járulékos hüvelyk már sokkal durványosabb volt. Mindkettőnek kiizelése után a beteg gyógyult (nő).

*

X. Alsó végtag.

Betegség	Felvétel			Elbocsátás						Meghalt	
				Gyógyult		Javult		Gyógyulatlan			
	összes	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
I. Sérülések.											
a) Lágyrészeken	16	15	1	13	1	—	—	2	—	—	—
b) Csontokon	26	18	8	17	6	1	—	—	2	—	—
c) Izületeken	9	8	1	6	—	—	1	2	—	—	—
II. Lobok.											
a) Lágyrészeken	46	33	13	26	10	3	2	4	1	—	—
b) Csontokon és izületeken	50	27	23	9	11	10	6	6	6	2	—
III. Álképletek.											
a) Lágyrészeken	3	2	1	1	1	—	—	1	—	—	—
IV. Vegyesek	7	6	1	2	1	2	—	2	-	—	—
Összesen	157	109	48	74	30	16	9	17	9	2	—

I. *Sérülések.*

a) Lágyrészeken.

Contusiones férfinál magasabb helyről való leesés folytán; nyugalomra és hideg borogatásra gyógyultak.

Vulnus caesum 2 favágó férfinál az alszáron, illetve a lábon fejsze által; gyógyultak.

Vulnus contusum 2 férfinál s 1 nőnél, gépkerék, szekérkerék, földomlás által; gyógyultak.

Vulnus morsum 3 férfinál, kétszer az alszáron kutya által, egyszer a czombon disznó által; utóbbi esetben a biceps izom mély haránt sebét varrni kellett. Gyógyultak.

Combustio 1 férfinál a lábszáron; a létre jött fekély kenőcs alatt gyógyult.

Congelatio 5 férfinál a lábon, kocsin utazás, hideg épületben hálás, jégvágás közben. A kezelés magasra helyezésből, lábfürdőkből esetleg műtétből állott. Mindegyik betegnél kisebb-nagyobb fokú elhalás jött létre, az ujjak bőrére (1 gyógyult), ujjperczekre (enucleatio, 2 gyógyult) középcsontokra terjedve, mely utóbbiak közül egyik semmi műtétbe nem egyezvén, távozott; másik 1 esetben Chopart-műtét után a különben is elgyengült öreg ember gyógyultlanul ment el.

b) Csontokon.

Vulnus sclopetarium cruris 1 férfinál, kinek lábszárán 6 hó előtt golyó ment át, s fistula maradt fenn. Chloroform-narcosisban megejtett műtét alkalmával a fibula felső részét 4 cm. hosszban kiszélesedve és középen átfúrva találtuk; a résben kis ólomdarab fészkelt. A nagyobbrészt csupaszgyűrűt resecáltuk. A beteg erre gyógyult.

Fractura colli femoris, idősebb nőnél elesés folytán; gyógyulatlanul távozott.

Fractura femoris 9 eset, elesés, magasból leesés, földhöz vágatás, földomlás, kivágott fa ráesése folytán. Ebből 5 férfi s 1 nő 60—80 nap alatt gyógyult; a kezelés borogatásból, extensióból, gypspólya-kötésből állott, egyiknél az ülőgumót a kötéssel alátámasztva fennjáró kezelést kíséreltünk meg; a beteg csak mankóval tudott járni, tört végtagjára nem ereszkedve. Egy 76 éves öreg asszony, kettős czombtöréssel gyógyulatlanul távozott. Egy fiú vidékről elhanyagolt nyilt czombtöréssel jött; a sebből kiálló necrotikus felső törvég resectiójára javultan távozott. Egy másik fiúnál a gypskötés alatt vidéken az alszár elhalt; czombcsonkításra gyógyult.

Fractura cruris 11 eset, elesés, gépszíj, lórúgás, rögzített lábbal való hanyatt esés, embernek, hordónak ráesése, állványról, házfedélről való leesés folytán. Kilencz esetben mindkét csontnak egyszerű fedett haránt törése volt jelen. A duzzanat borogatásra, Petit-sarúban való nyugvásra szünvén, gypspólya-kötést alkalmaztunk, melyben a törés 40—50 nap alatt gyógyult (6 férfi, 3 nő). Pár esetben a test súlyát a kötés által a tibia bütykeire vittük át s a betegek azzal elég jól jártak (Dollinger). Egy nőnél az alszár alsó harmadában comminutiv nyilt törés állott fenn, mely egy szabad csontszálka eltávolítása után Petit-sarúban való sebkezelés mellett 100 nap alatt gyógyult. Másik esetben a nyilt törést antiseptikus kimosással s a seb bevarrásával kezeltük; a seb per primam egyesült, s a törés zavartalanul gyógyult gypskötésben (1 férfi).

Fractura malleoli externi 1 férfinál elesés folytán; nyugalom, hideg borogatás és massage mellett gyógyult.

Fractura malleoli interni et fibulae 1 férfinál, szekérkerékbe akadás által, s 1 nőnél fáról leesés folytán. Egyik esetben a plantar flexióban álló hátracsúszott lábat csak narcosisban sikerült helyre tenni. Gypskötésben a csontok egyesültek (1 férfi, 1 nő).

Egy középkorú férfinál bokatáji 4 év előtti nyilt törés után (fatönk dőlt rá) a sorvadt végtag alszára és bokatája alakját elveszítette; láb rendellenes oldalmozgásokat enged meg, miközben a bokák egymástól távolodnak; beteg járni nem tud, alszárcsonkítást végeztünk nála, mire gyógyult.

c) Izületeken.

Contusio genu 1 férfinál (téglacsomó esett rá), distorsio artic. pedis (félrelépés, kerékbe akadás) 4 férfinál; borogatásra, massagera gyógyultak.

Luxatio coxae iliaca 3 eset (férfi), egyik 3 hét előtt verekedés közben jött létre, narcosisban nyujtás, hajlítás és befelé forgatás által sikerült helyre tenni. Másik eset 8 hónapos volt, repositio nem ment s a beteg gyógyulatlanul távozott. Harmadik eset 3 hónapos volt, s a beteg, ki meglehetősen tudott járni, gyógyulatlanul távozott.

Luxatio pedis externa, magasból leesés folytán. A belső bokatájon zúzott sebből a tibia izvége áll ki, a külső boka letörve. Ezeknek resectiója után a láb helyre tétetik. A beteg az utókezelést nem várva be, javultan távozott.

II. *Lobok.*

a) Lágyrészeken.

Eczema chron. crurum, 1 férfi, javult.

Syphilis papulosa 1 férfi, gyógyulatlanul a bőrosztályra helyeztük át.

Rheumatismus musculorum, 1 férfi javult.

Lymphadenitis inguinalis 9 eset, 1 körülmetélés, 6 a penis lágyfekélye után, 2 ismeretlen okból; 4 esetben mindkét oldalt. Eljárásunk felmetszés, kikaparás volt és esetleg a szomszéd beszűrődött mirigyek kiirtása. Ily gyökeres beavatkozás után a sebet részben be is varrtuk. Gyógyultak (9 férfi).

Abscessus phlegmone után különböző helyeken, 7 férfinál, 6 nőnél. Bemetszésre, részben kikaparásra gyógyultak.

Fistulae femoris 1 férfinál s 1 nőnél, évek óta ismétlődő tályogok felfakadása s felmetszése után. A nagy kiterjedésű heges tömegek kiirtására s az üregek drainezésére a férfi gyógyult, a nő javultan távozott.

Ulcus femoris 1 eset (nő), ulcus pedis 3 eset (2 férfi, 1 nő), trauma után; gyógyultak.

Ulcera cruris 9 eset (8 férfi, 1 nő) 1—4 év óta, néha bebőrödztek; az esetek nagyobb részben visszértágulatok, másutt nagyfokú elhanyagoltság; alszárcsonkítás a fekélyek nagy kiterjedése s a tibia lecsupaszítása miatt 2 férfinál volt szükséges, kik azután gyógyultak. Egyiknél a műtét után a csonkon igen erős és nem szüntethető izzadás lépett fel. — Két férfi és 1 nő türelmetlenek lévén, gyógyultlanul távoztak. — Egy férfi, ki igen erős visszértágulatokban szenvedett, ruganyos harisnyával javultan hagyta el a klinikát. Három férfi a fekélyek kezelésére gyógyult. A lábszárfekélyeket számos esetben a szivacs és a massage egyesített alkalmazásával gyógyítjuk, a mint azt nemrégen leírtam. (Sebészet 1894. 28. Pester med. chir. Presse 1894. 43.)

Ulcus femoris lueticum 1 férfinál; gyógyulatlanul a bőrosztályra helyeztük át.

Ulcera luetica a test különböző részein, főleg az alsó végtagokon 1 nőnél, ki jodkaliumra gyógyult.

Abscessus femoris frigidus 3 esetben (2 férfi, 1 nő) és absc. pedis frig. 1 nőnél, kiknél felmetszés alkalmával csontig nem jutottunk. Előbbiek gyógyultak, utóbbi javult.

b) Csontokon és izületeken.

Necrosis capituli femoris 2 férfinál, egyiknél gyermekkor óta (28 éves) állitólag esés folytán, számos fistulával, melyeknek kikaparása után a beteg, nagyobb műtétet nem engedve meg, javultan távozott. Másik esetben 49 éves férfinál az 5 év óta fennálló fistulák tágítása után a nyakról levált elhalt fejecset eltávolítottuk. A hosszas bő genyedés igen elgyengítette a beteget, ki gyógyulatlanul távozott.

Coxitis tuberculosa 5 férfinál, 10—56 év között, két ifjúnál a destructio szakában. Egyik az izület resectiója után, a hosszas betegség folytán különben is kimerülve, aznap este meghalt; vért igen keveset veszített, ellenben a narcosis következményekép igen sokat hányt. Nem bonczoltatott. Másik gyógyulatlanul távozott. Egy középkorú férfinál a fistulák kikaparása az általános állapot javulását hozta meg. Két férfi a bántalom kezdeti szakában gypskötéssel javultan távozott.

Necrosis femoris partialis fiatal férfinál trauma után; semmi nagyobb beavatkozásba nem egyezvén, gyógyulatlanul távozott.

Gonitis serosa rheumatica, a lábizület hasonló bajával; Na-salicylicumra gyógyult.

Gonitis chronica rheumatica 1 férfinál s 1 nőnél, jodkaliumra és higanykenőcsre javult.

Gonitis deformans korosabb nőnél; a 13 év óta fennálló folyamat a femur izvégeinek ellapulásához vezetett, mi mellett a bütykök oldalt annyira kiállanak, mintha csontdaganat volna jelen. A térd befelé 150° alatt helyezkedik, sőt járáskisérleténél e szög még hegyesebbre válik; járás a térd lötyögése miatt lehetetlen. Typikus resectióra a csontvégek 4 hó alatt nem egyesültek, a czombot amputálni kellett, mire a beteg gyógyult.

Gonitis fungosa 13 eset (4 férfi, 9 nő), mind oly nagyfokú bántalommal, hogy a helyi baj megszüntét s az általános állapot javulását csak beható műtéttől lehetett várni. Két nő abba nem egyezvén, gyógyulatlanul távozott. Csak resectiót 4 esetben végeztünk; ebből 1 leány

csontos ankylosis folytán használható végtaggal távozott. Másik leánynál a genyedés, az erőhanyatlás czombcsonkítást tett szükségessé, mibe nem egyezvén, gyógyulatlanul ment el. Harmadik esetben fiatal férfi, kinek tüdőiben infiltratio volt, negyednapra műtét után meghalt; a halál közvetlen oka sepsis volt. Egy leánynál a resectio után 3 héttel csonkítást kellett végeznünk, mire gyógyult. Egy férfinál a resectio után a heges szövetekből oly bő vérzés indult, a beteg oly anaemikus lett, hogy azonnal czombamputatiót kellett végeznünk; a beteg meggyógyult. Gümős térdlobnál egyenesen czombcsonkítást 6 esetben végeztünk, lehetőleg mélyen; ebből egynél reamputatio vált szükségessé. Gyógyultak (3 férfi, 3 nő).

A csonkítást általában kétidejű körmetszéssel végezzük, esetleg lebenynyel. Néha a csonthártyát és izomzatot is összevarrjuk, ha t. i. biztosra vehető a seb tisztasága, s üreg nem marad fenn; máskor csak a bőrt egyesítjük. Teljes zárás esetén többször annyira meggyűlt a bőr alatt a primaer váladék, hogy a prima egyesülést meghiúsította; ezért az alsó zúgba többnyire kis gaze-csíkot illesztünk, mit az első kötéscsere alkalmával rendesen el is hagyunk. Így a szélek egyesülnek, a bőr nem emeltetik fel s a zúgban a kis üreg gyorsan kitelik.

A térdresectiót rendesen lefelé domború lebenynyel hajtjuk végre. Az izvégek lefürészelése s a synovialis kiollózása után a csontvégeket egész vastagságukon vagy csak kéregrészükön át vezetett catgut-, selyem-, ezüst-öltésekkel rögzítjük, esetleg elefántcsontszeggel, hogy a contentiv kötés feltételéig helyt tartassanak; esetleg csak a csonthártyát varrjuk körüskörül össze. A két sebzúgba rendesen gazet vagy drainit illesztünk, mely néha a csont alatt egész keresztül megy. Az első kötés lehetőleg 8—12—14 napig marad; azután a gypspólyakötésbe ablakot vágunk a sebkezelés végett; szükség szerint az egészet megújítjuk. Különös gondot fordítunk az általános állapot javítására.

Necrosis tibiae, 1 fiúnál, valószínűleg csontvelőlob folytán, számos sipolylyal; a csontláda felvésése s a részben már levált sequesterek eltávolítása után a nagy üreg csak lassan telődött a beteg; javultan távozott.

Arthritis uratica az öregujj-lábközépizületben; ólomeczetes borogatásra javult. (1 férfi).

Caries pedis, 23 eset (10 férfi, 13 nő). Magára a talus volt beteg 3 esetben, hol is teljes resectióra kettőnél gyógyulás, egynél javulás állott be. A beteg calcaneust 3 esetben kapartuk ki, mire javultak. Az os metatarsi I. a csonthártya lehető megtartásával resecáltatott 1 esetben; gyógyult. A typikus resectiót a lábon 3 esetben végeztük; mindeniknél szerepelt a talus, ezenkivül a sarokcsont vagy más lábtőcsont vagy a lábszárcsontok izvégei. Egy nő gyógyult, 2 férfi javult. Egy nőnél, hol a talus, calcaneus és a két processus malleolaris volt beteg, Wladimirow-Mikulicz-féle osteoplastikus műtétet végeztünk; 8 hét után jó lábállással, de még némi mozgathatósággal a meghizott beteg javultan távozott. Alszárcsonkítást a lábcsontok kiterjedt cariese miatt 6 esetben végeztünk. Három férfi s 2 nő gyógyult, 1 férfi, kinél reamputatio is történt, fistulával javultan távozott. Két férfi és 2 nő műtétbe nem egyezvén, gyógyulatlanul ment el. Egy nőnél jodoformglycerint fecskendtünk a lábtőbe; javulás nem állott be. Végre 1 férfi, kinél fistula állott fenn, a kórházban orbánczot kapott s a bőrosztályra helyeztetett át.

III. *Álképletek.*

Granuloma plantae pedis 1 eset (nő), atheroma a térd belső oldalán 1 eset (férfi); kiirtásra gyógyultak.

Carcinoma papillare in regione inguin. Egy eset (férfi); kiirtás után pár hétre még nálunk kiújulás jött létre s a beteg gyógyulatlanul távozott.

IV. *Vegyesek.*

Genu valgum 2 fiatal embernél. Egyiknél, ki sütőlegény volt, többszöri redressement után elég jó állás jött létre; megfelelő gépezet mérceivel távozott. Másik csak kenőcsöt engedvén meg, gyógyulatlanul ment el.

Egynél pes valgus állás, ferdén gyógyult bokatörés után; megfelelő gép használatát ajánltuk s a beteg változatlanul távozott.

Corpus alienum plantae 1 nőnél. Bemetszésre orsóvég tünt elő. Gyógyult.

Unguis incarnatus az öregujjon 9 eset (férfi). A benőtt körömrész és a megfelelő körömágy kimetszésére 2 gyógyult; harmadiknál a végpercz csontja kezelés folyamán lecsupaszodott, s a beteg még nem teljesen begyógyult sebbel javultan távozott. A körmöt késsel vagy alája szúrt ollóval vágtuk ki; a sebet 1—2 öltéssel kisebbítettük is.

XI. Egyéb.

Összesen 13 eset; ebből gyógyult 4, javult 3, gyógyulatlan 4, meghalt 2 eset.

Gastroenteritis acuta 1 gyógyult.
Typhus abdomin. 3, gyógyult 2, meghalt 1.
Peritonitis perforativa 1 meghalt.
Ascites, cyrrhosis hepatisnál 1 gyógyulatlan.
Bronchitis acuta 1 gyógyult.
Bronchitis chronica 3 javult.
Nephritis chronica 1 gyógyulatlan.
Tremor senilis 1 gyógyulatlan.
Paralysis spinalis spastica 1 gyógyulatlan

XII. Sine morbo, mint kisérő 29.

(Folytatása következik.)

Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

Téli betegségek a stomatologikus gyakorlatban.[1]

Árkövy József dr., egyet. tanártól.

Uraim! Pascallal tartok, a midőn én is azt mondom: „Ne pas faire grand ce, qui est petit, ni petit ce, qui est grand“ (Pascal „Pensées“), a mi magyarul annyit tesz: „Ne nagyítsuk a mi csekély és ne fitymáljuk a mi jelentős“.

Az orvosi gyakorlatban számos oly apróság van, a melyet tényleg nem szabad nagyítani. A klinikus számtalanszor lát oly eseteket, melyek látszólag nem tartoznak azon fejezetekhez, melyek bizonyos kórokat tárgyalnak és mindennek daczára épen ezen esetek, ezen apróságok a gyakorlatban számtalanszor képesek zavarba hozni a legjobb orvost is, a ki pedig ismeri mind ama kórképeket, melyeket a tankönyvek és szakmunkák leírnak. Hogy egy mindennapi — kivált a sebészeti praxisban előforduló — esetre rámutassunk: a beteg elmegy az orvoshoz fájdalmasságról panaszkodik, ez megvizsgálja, nem talál semmit és azt mondja a betegnek, hogy nincsen semmi baja, hogy minden rendben van; a beteg azonban tovább panaszkodik, fájlalja valamelyik testrészét — „itt fáj“, „ott fáj“, — az orvos nem talál semmiféle objective kimutatható kóros elváltozást, és ha végre is szabadulni akar a betegtől, ráfogja, hogy ideges. Némelyik beteg, a ki ideges akar lenni vagy inkább magát annak tartja vagy tartatni akarja, az orvos eme kijelentésébe belenyugszik, de a legtöbb beteg nem fogadja el az orvos eme kijelentését kórismének, miután így vélekedik, „a mi ép, az nem fájhat“ és ebben tényleg igaza is van.

És mi adja meg minderre a magyarázatot? Azon körülmény, hogy az orvos az igazságot mindig csak nagy fejezetekben keresi, az apróságokra nem ügyel s így azután számtalanszor megtörténik, hogy a beteg, ha még oly nagy bizalommal viseltetik orvosa iránt, elégedetlenül távozik, elégedetlen az orvos ismeretével. Kétségbe nem vonhatjuk, hogy igenis a betegnek van igaza, nem pedig az orvosnak.

Ilynemű incidens sokszor adja elő magát az orvosi gyakorlatban — így a stomatologiában is — s minthogy több mint egy évtized óta hasonló incidensekkel találkozni alkalmam nyilott, eltökéltem magam, hogy egyszer ily társalgási formában kedves auditoriumom előtt el fogom mondani azon apróságokat, melyekre ráillik *Pascal* mondása, hogy „nem nagyok“; de elég érdekeseknek tartom azokat legalább arra nézve, hogy ép úgy foglalkozzék velük minden kartársam, mint a hogy én voltam kénytelen velük foglalkozni, mig végre annak tudatára jutottam, hogy mi tulajdonképpen eme apró bántalmak, eme panaszok lényege, a melyekről itt szólni fogok.

Sajátságos, hogy a tél bizonyos befolyással van arra, hogy egy csoportja a kellemetlenségeknek — de mondhatjuk bátran betegségeknek — előforduljon; inkább télen bizonyos okoknál fogva mint más évszakban. Megtörtént — jóval több mint 10 évvel ezelőtt — hogy téli időben több beteg azzal a panaszszal fordult hozzám, hogy metszőfogaik, majd mások, hogy a praemolarisok, kivételesen egy-két molaris, érzékenyek. A vizsgálat azonban azt derítette ki, hogy a panaszolt fogak épek, sőt az esetek jelentékeny részében egyáltalán nem is tömöttek; a panasz tárgyát jobbára a metszők — úgy a felsők, mint az alsók — képezték és leginkább az inspirált hideg levegő volt a panasz előidézője; spontan fájdalomról kevés beteg tett említést, de ez is előfordult, habár csekély fokban.

Elképzelhető, hogy ha ép fogakat látunk magunk előtt s minden vizsgálatot megejtünk az iránt, hogy valamely fog defectust mutat-e, hogy nincs-e a pulpa occulte megrázkódtatva, nincs-e valamely traumatikus ok következtében — mint az rendesen történni szokott — támadt gangraena jelen, mert csak azt tételezhetjük fel a külsőleg ép fogban — szóval minden betegségi jel

[1] I. Hyperaemia pulpae. II. Neuralgia catarrhalis antri Highmori (nátha után). III. Arthrorheumatismus maxillaris. IV. Rheumatikus (?) fogfájás. Előadatott 1896. január 28-dikán a téli félévet követő szünet alatt a fogászati klinikán alkalmazott orvosok kis számú auditoriuma előtt, klinikai causerie modorban.

kizárása után — midőn a panaszra objectiv okot nem találunk, akkor bizonyos kényelmetlenség fogja el az orvost, mert a betegnek némi felvilágosítást mégis kell adnia.

Black (Chicago), midőn a pulpa bántalmakról „*American System of Dentistry*“ nagy gyüjtőmunkában a pulpa kórokról értekezik, ezek között első sorban említi a pulpa hyperaemiáját, mi az által jön létre, hogy gyors excavatio és arany tömések simítása (finishing, polishing) alkalmával a fúró gyors futása által oly hő producáltatik, hogy a beteg több napon át kellemetlen érzésről panaszkodik.

Nem tudom *Black* ezen dolgozatának olvasása után vagy azt megelőzőleg történt-e — nem akarom *Black* prioritási érdemeit elvitázni —, hogy megerősítettek engem felfogásomban a pulpa hyperaemia létére nézve azon esetek, a midőn a betegek teljesen ép fogak mellett arról panaszkodnak, hogy a hideget, de sőt a meleget sem türik, sőt néha spontán kellemetlen érzésük van, mikor a gyökhártya bántalomnak nyomát sem találjuk, mikor más esetekben a fogak tömve vannak ugyan, de biztosak vagyunk benne, hogy a tömésnél semmi szabálytalanság nem történt, mikor ki van zárva, hogy a pulpa a tömés részéről sérülhetett: ezen esetekben mindig hyperaemia pulpaet vettem fel, melynek keletkezési okát visszavezettem oly körülményekre, melyek leginkább télen vannak adva, t. i. az alacsony temperaturának exponált fogak átmenet nélküli leforrázása, például mint a theaivás, mely sok esetet conferál ide, szintúgy a forró leves, különösen olyanoknál, kiknek ajkai a fogakat nem nagyon borítják, s így a rögtöni forróságra szinte rögtönösen pulpa hyperaemia jön létre.

A tünetek oka respective magyarázata egyszerüen az, hogy a hyperaemiás pulpa nem lévén képes csonttokjában terjeszkedni, visszafelé nyomást gyakorol a korona pulpa zöme (corpus pulpae) felé, az érző idegekre, ez által a pulpa hyperaesthesiája jön létre, s ezen hyperaesthetikus pulpa az, mely oly intensive recipiálja a temperatura különbségeket, a meleget ép úgy mint a hideget, de a hideget frappansan rövid ideig, mire enyhülés áll be, ellenben a meleget lassan, azonban hosszasabban tartó kellemetlen érzés kiséretében.

A bántalom lefolyása, feltéve, hogy a beteg tán orvosi tanácsra, valamely antiphlogistikus eljárást követ, rendesen eltart egy hétig; ha azonban a beteg részéről mi sem történik, akkor két-harmadfél hétig is elhúzódik; sőt említhetek azonnal esetet, melyben rendkivüli hosszú lefolyással birt a bántalom és e mellett még a gyökhártya is bevonatott annak körébe.

E. Vilma kisasszony, 20 éves, egészséges, alsó 6 frontfogainak (inc. can.) roppant érzékenységéről panaszkodik, mi január óta áll fenn április 15-dikéig. Stat. praes. A teljesen egészséges szájban a 6 alsó front-fog hideg, de leginkább meleg irrigatióra nagyon érzékeny; valamennyi kis mértékben inog; percussióra csekély reactio. Therapia. Fokozatosan mind hidegebb vizzel való öblögetés, míg a jeges viz elszenvedhető lesz, ajánltatott. Nyolcz nap mulva beteg fájdalommentes, a fogak visszanyerték szabályos fixitásukat. Ezen eset élénken tanúsítja a tényt: 1. hogy a pulpa hyperaemia esetleg hónapokig is fennállhat; 2. collateralis gyökhártya hyperaemiát is okozhat, ép úgy mint azt (periodontitis ac. circumscripta) köznapilag a pulpitis chron. parenchymatosa (hyperaemikus félesége) maga után vonja; 3. hogy intensitását tekintve a periodontitis ac. circumscriptát még túl is haladhatja, addig fokozódván, míg a fogak mozgékonyakká is válnak.

A bántalom keletkezését rendesen vissza lehet vezetni a beteg kimondására, hogy pl. három nap előtt forró levest vagy theát vett magához. De ezt a mit sem sejtő betegtől csak kikérdezés útján nyerhetjük.

Eljárásunk ily esetekben abból álland, hogy gondoskodunk a fájdalom megszüntetéséről: a betegnek antiphlogistikus eljárást ajánlunk és pedig hideg vizet, melynek a szájban tartása az első 1—2 nap felette fájdalmas ugyan, hisz épen ez készteti a beteget az orvos felkeresésére, de a beteget utasítjuk, hogy a hideg vízhez fokozatosan szokjék hozzá; így eléri azt, hogy 2—3 nap mulva már jobban türi s a különben 2—3 hétig tartó hyperaemia egy hét alatt megszünik. Ha e bántalmat kezelés nélkül hagyjuk, akkor sokáig elhúzódik, sőt annak lehetősége sincsen kizárva, hogy a pulpában állandó zavarok állanak be; a véredények a hyperaemia következtében teleangiectatikusakká lesznek és ezen teleangiectasia perennál, úgy hogy utóbb is hosszabbrövidebb időszakokra kellemetlen sensatiók léphetnek fel.

Volt esetem, midőn ilyen pulpa hyperaemia spontán teljesen megszünt, de volt olyan esetem is, midőn — daczára a kezelésnek — egy hétnél tovább elhúzódott a hyperaemia visszafejlődése.

Még egy differential-diagnostikus momentumra kell figyelmeztetnem. Meg kell különböztetni a *Black*-féle pulpa hyperaemiát az itt szóban forgótól; nem a pathologikus elváltozások miatt, mert azok egységesek mindkét esetben, hanem klinikai resp. therapeutikus szempontból. Ugyanis megtörténhetik és ez nem ritka, hogy valamely beteg a fogtömés után néhány napra jelentkezik és fájdalomról panaszkodván, a műszerek okozta (Heisslaufen der Instrumente) *Black*-féle pulpa hyperaemiát vélünk találni és a dolog még sem úgy áll; hanem a tömött fog egészen extra ictu maradt és a véletlen úgy hozta magával, hogy a beteg a tömés napján vagy másnap nagyon forró folyadékot vett be szájába és épen ugyanazon oldali fogait forrázta le, nemcsak a tömött, de a többi fogakban is pulpa hyperaemiát okozva. A megkülönböztetés úgy eszközölhető, ha a tömött fogat wattával izolálva, a többire hideg-irrigatio történik; ha ez reactio nélkül marad, *Black*-féle pulpa hyperaemia az újon tömött fogban van jelen tényleg, melyet műszerek okoztak; ellenkező esetben leforrázási hyperaemia (Hyperaemie durch Verbrühung) van jelen. A therapeutikus intézkedésben is van ilyenkor különbség, a mennyiben az előbbi esetben az érztömés eltávolítandó és ideiglenesen a tünetek végleges megszüntéig guttaperchával pótlandó; ellenben az utóbbi esetben a fent említett antiphlogistikus therapia egymagában elégséges lesz, hogy czélhoz vezessen.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(IV. rendes ülés 1897. január 30-dikán.)

Elnök: **Moravcsik Emil**; jegyző: **Lévai József.**

Koponyacsont-defectus pótlásának két esete.

Haberern J. Pál: Az egyik beteget, kinél 3 év előtt Müller-König szerint pótolta a koponyacsont-defectust és a kit a közkórházi orvostársulatban annak idején bemutatott, csak annak demonstrálására mutatja be újra, hogy a transplantált csontlemez még most is mily szilárd és mily jól megfelel a hozzáfűzött várakozásnak.

A második eset 20 éves férfira vonatkozik, a ki 1882-ben trauma következtében súlyos koponyatörést szenvedett a homlokcsonton; a seb lassan gyógyult sarjadzás útján, az egyén azonban fokozatosan butult, majd 1885-ben epileptiform görcsök léptek fel, 1892-ben pedig maniás rohamok is. A beteg 1896. november 11-dikén vétetett fel a bemutató osztályára, a midőn a homlok közepén 5 cm. hosszú heg volt látható, melynek megfelelőleg egy nagyjában köralakú csonthiány volt; e helyen agy pulsatio volt látható. Az epileptiform rohamok a kórházban is ismétlődtek, 2—10 perczig tartottak, utánuk 2—3 órai coma. Az idegrendszer vizsgálata gócztüneteket felismerni nem enged.

A műtét ez évi január 8-dikán történt. Megfelelő bőrlebeny készítése után a homlokcsont-defectus körül a durát minden heges összenövéstől felszabadította és a defectus csontszélét vésővel felfrissítette; az 5 cm. hosszú és 5 cm. széles defectust azután a tibiából vett csontlemezzel fedte oly módon, hogy a csontlemez periosttal fedett része az agy felé volt irányítva. A seb minden lázas mozgalom nélkül per primam gyógyult. Az intelligentia javulását illetőleg nem nagy reményeket fűz a műtéthez, mert az ezelőtt 13 évvel történt sérülés után, úgy látszik, elég súlyos nyomokat hagyó meningitis folyt le a betegnél. Epileptiform görcsei a műtét óta is háromszor jelentkeztek, de nem oly súlyos alakban, a mint műtét előtt.

Dystrophia musculorum progressiva chronica.

Schwarz Arthur: A 38 éves gépésznél öröklékenység nem mutatható ki. Öt gyermeke erős és egészséges. Egy éves korában már tudott járni, azután állítólag nagy beteg lett és csak 3 éves korában tudott újra szaladni. Gyermekkorában elgázolta egyszer a kocsi, a nélkül, hogy nagyobb baja történt volna. Syphilise nem volt. Katona is volt és még 8—9 évvel ezelőtt képes volt 110 kgm.-ot emelni. A baj 13 év előtt a lábakban kezdődött; könnyen kifáradt, lépcsőkön nem tudott felmenni. Az orvosok tabikusnak tartották, annál is inkább, minthogy térdreflexe nincsen. Három év óta az alsó végtagok állapota nem igen változott, de annál inkább gyengültek a felső végtagok és a beteg 1½ év óta nem tud kiegyenesedni. A vizsgálat a láb ujjainak izomzatát épnek mutatja, ellen-

ben atrophiások a peronaeus terület nagy izmai, a czombon különösen a quadriceps cruris, a tensor fasciae latae, részben a glutaei. A gerinczoszlop mellett mindkét oldalon két mély barázda, az erector trunci, a sacrolumbalis és longissimus dorsi atrophiája folytán. A vállizomzat, nevezetesen a latissimus dorsi, cucullaris, serratus anticus major, rhomboidei, infra- és supraspinatus és végre a két deltoidei szintén atrophiásak. A felkar és alkar, valamint a kéz izmai épek. A villamos vizsgálat a megbetegedett izmokban csak quantitativ eltérést mutat. Fibrillaris rángások nincsenek.

Paramyotonia esete.

Schwarz Arthur: A 28 éves embernél a baj emlékezése óta fennáll. Az eset eltér mindazon esetektől, a melyek eddig leírva lettek, a mennyiben itt egy folyton tartó hypertoniával van dolgunk a test legkülönbözőbb izmaiban, mely majd alábbhagy, majd valóságos tetanussá fokozódik. A folyton tartó hypertonia a mozgásokat ügyetlenné teszi, a beteget pedig munkaképtelenné. Az arcz izomzatán kivül a test egész izomzata mutatja ezen rendellenességet, különösen a tarkó, a nyak, a végtagok, sőt a has izmai is. Az izmok a mellett feltünő módon hypertrophiásak, különösen a tarkó és a nyak izomzata. A villamos vizsgálat még nincs befejezve, de felületes vizsgálat is nagyfokú fokozódását mutatja, különösen a galvanikus ingerlékenységnek. Az eddig leírt paramyotoniás esetekről különbözik az eset abban, hogy a görcsök szünet nélkül, melegben is, hidegben is folyton tartanak, a mig pl. Eulenburg és mások eseteiben a görcsök csak bizonyos körülmények közt mutatkoztak. Az izmok górcsövi vizsgálata valamint a beteg tüzetes villamos vizsgálata ezután fog megejtetni.

Kolpotomia posterior útján kiirtott nagy ovarialis cysta a fibromás méhhel együtt.

Dirner Gusztáv: A petefészek daganatainak kiirtását a vagina felől először *Gaillard Thomas* kisérlette meg New-Yorkban 1870-ben. Ott követőkre is talált; különösen *Battey* az ő castratióit csaknem kizárólag a hüvelyen keresztül végezte. Németországban *Hegar* erősen szembeszállt ezzel a methodussal s nem nagy jövőt jósolt neki. Úgy is volt; csaknem 25 évig alig volt többé róla szó, míg nem legújabban azok a kedvező tapasztalatok, a miket a rákos és myomás méh vaginalis totalexstirpatiójával világszerte tettek, fel nem elevenítették újra a vaginalis ovariotomiát is. Igaz, hogy tulajdonképen mint *kolpotomia anterior* támadt fel ez az eljárás, vagyis az elülső hüvelyboltozatnak és a hólyagnak a cervixről való leválasztása után a plica vesico-uterinának a megnyitásával és ezen úton a kisebb daganatoknak a kiirtásával, amiről azonban most itt bővebben szólnom nem szabad. Csak annyit bátorkodom megjegyezni, hogy a vaginalis úton való daganat-kiirtás erősen tért hódit és szembeszökő haszna ott, a hol indicálva van, a következő: hogy a beavatkozás nem oly súlyos, mint a hasmetszés, mert a beleket nem kell bolygatni; hogy a hasseb helyén oly gyakran előforduló hernia-képződés (10%) el van kerülve; hogy a sebzés a test legmélyebb pontján ejtve, ott esetleg természetes drain-nek használható.

Én nem tagadom, hogy korántsem lehet ezt az eljárást általánositani, sőt hogy elég szük határok közzé szorítva fog maradni, de állítom, hogy ha mindent mérlegelve választanunk lehet a hasfali vagy a hüvely felől való coeliotomia között, az utóbbit kell választanunk.

Nekem a minap egy 5 éve megfigyelésem alatt álló 40 éves nőnél, a kinek a köldökön túl érő, igen nagy, multilokularis colloid cystája volt, meg volt ez a választásom a két út között s én az utóbbit választottam, mert megfigyelésem idejében a betegnél soha sem voltak oly tünetek, a melyek peritoneummal való összenövésre mutattak volna és mert a daganat mélyen leért a Douglasba és azt tetemesen kifejtette; a hüvely hátsó fala pedig a daganat alsó polusán el volt tolható, tehát kilátásom volt, hogy hozzáférhetek jól a daganathoz. Ezzel azonban ki volt jelölve az út arra nézve is, hogy ne *kolpotomia anteriorral* kezdjek a műtéthez, a mi különben azért is lehetetlen volt, mert a megnagyobbodott méhet a daganat oly magasan és jobbra feltolta, hogy a portio a symphysis mögött annak felső széle niveaujában jobbra, a vizsgáló ujjal alig volt elérhető. Tehát a hátsó hüvelyfalat a boltozatig felhasítottam és a daganathoz érve, hosszú görbe troikarttal azt megpungáltam s lassanként lejebb húztam, a mi azonban csak a számos fióktömlőnek, az első nagyobb tömlőűr felől való megrepesztése és kiürítése után sikerült annyira, hogy az egész zsák a hüvelybe került. A cystának igen széles kocsányát 4 részletben kötöttem le s vágtam le.

Most a vizsgálat kiderítette, hogy méh mintegy 2 ökölnyi s myofibromás elfajulásban van, sőt hogy a másik ovarium is gyermekökölnyi cystává alakult. Ezeket is ki kellett irtanom, a mi a műtételt tetemesen meghosszabbitotta és a méhnek részben való morcellement-ját (feldarabolását) tette szükségessé.

A vaginalis sebet zártam és pedig lent a hüvelyfalat is összeöltöttem, fent csak a peritoneumot, hogy a nagy parametran sebzésnek drainezésére jodoformgaze-zal alkalmam legyen.

A műtétel óta még csak az 5-dik nap mulik s így az eredményről egyelőre még nem szólhatok. A praeparatumot akartam főleg bemutatni — miután annak hosszabb eltartására nincs alkalmam — s ennek kapcsán röviden a kolpotomiáról szólni.

Adatok a meningitis cerebrospinalis epidemica pathologiájához.

Kelen Béla: A mult év folyamán Budapesten uralkodott meningitis cerebrospinalis epidemia 28 boncolásra került esetének pathologiai eredményéről számol be. A betegség legsűrűbben márcziustól juniusig jelentkezett; a többiek sporadikus esetek. A makroskopos elváltozások leirásánál kiemeli a hydrocephalus internusnak mint igen állandó tünetnek fontosságát. Az exsudatum legtöbbször az agyalapon volt legdúsabb, a mi egyrészt a tuberculosus meningitisekkel szemben való differentialis diagnosis útjába gördit akadályokat, másrészt argumentum azon régebbi theoria mellett, hogy a betegség virusa az orrűrből a rostacsont likacsain átterjed a koponyába s először az agy alapját támadja meg.

Két esete pachymeningitissel volt complicálva.

Az exsudatum a gerinczagyon a háti felszinen állandóan nagyobb mennyiségű volt, a mit mindenek szerint a geny süllyedése okoz.

Az agyban és gerinczagyban, annak peripherikus részeiben, itt-ott apró vérzések és sárgás lágyult góczocskák voltak; hydromyelia acuta többször előfordult.

A betegség kimenetelei közül (felszívódás, organisatio, elsajtosodás) 4 gyógyult és más bajban elhalt betegnél csupán a kötőszövetes organisatióval találkozott. A többi szervek elváltozásai közül legállandóbb volt a parenchymás szervek homályos duzzadása, továbbá savós hártya petecsek és apró vese vérzések. Utóbbiak mutatják, hogy a virus, miközben a veséken keresztül kiürül, azokat izgatja. (A virust a vizeletben többször kimutatták). A 4 gyógyult eset közül egy később endocarditis ulcerosában, 2 marasmusban egy pedig friss pneumonia caseosában halt el. Ez az eset annyiban érdekes, hogy mutatja, miszerint a meningitis cerebrospinalis lefolyása után más fertőző betegségek módjára (pertussis) a tuberculosisra való dispositio maradhat vissza.

A betegség leggyakrabban complicatio nélkül folyik le (a 28 eset közül 19-ben); a complicatiók közül 7-szer pneumonia crouposa, egyszer endocarditis s egyszer serositis multiplex fordultak elő. Két pleuritis, 2 bronchopneumonia a direct complicatiók közé nem számitható, mert itt a bakteriologiai vizsgálat más mikroorganismusokat mutatott ki, mint az agyhártyákon; ezek tehát oly esetleges leletet képeztek, mint a tüdővészszel, gyomorhuruttal vagy echinococcussal való combinatiók.

A szövettani vizsgálat a megszokott eredményeket szolgáltatta.

Előadó ezek után kifejti, hogy az eddigiekkel némileg ellenkező álláspontra helyezkedik és a bántalom körébe tartozónak vél minden elsődlegesen létrejött meningitis cerebrospinalist, a melynél tehát a bakteriumok mintegy cryptogen úton jutottak be, a melynél a behatolás kapuján elváltozásokat nem okoztak. A meningitis cerebrospinalis epidemica fogalma szorosan körvonalazva nincs; szokássá vált különbséget tenni a meningitis cerebrospinalis és a meningitis cerebrospinalis epidemica járványos és sporadikus esetei közt. Újabban Jäger bakteriologiai különbségeket állitott fel, a melyekre előadó nem támaszkodhatik, mert adatai ezzel nem jól vágnak egybe, bakteriologiai vizsgálatai a Jägeréitől eltérő eredményre vezettek.

Bakteriologiai vizsgálatot 24 esetben végzett. 2 gyógyult esetben az agyhártyák és vér sterilek voltak, egy esetben a későn végzett boncolás folytán a culturákat elárasztó saprophyták miatt eligazodni nem lehetett. A vért 17 esetben vette vizsgálat alá és azon eredményre jutott, hogy a virus az esetek több mint felében a vérben feltalálható. Sajátságos, hogy a vérvizsgálat a legacutabb esetekben negativ. Előadó állatokon trepanatio útján direct beoltással cerebrospinalis meningitist idézett elő, a mikor az igen virulens bakteriumok által okozott rapid lefolyású esetekből származó vért sterilnek találta, míg ugyanazon culturából később, a virulentia csökkenése után oltott hosszabb lefolyású bajban szenvedő állatok vérében a bakteriumok megjelentek. A virus tehát nem a vérből terjed át az agyhártyákra, hanem csak egy bizonyos idő mulva jelenik meg a vérben, a mely valószinűleg a vesék útján kiküszöböli.

A bakteriologiai lelet részletezésére térve, előadó állást foglal a meningitis cerebrospinalis epidemica egységes aetiologiája ellen. Különböző bakteriumokat talált: *Fränkel-féle diplococcust* 9 esetben, *streptococcus pyogenest* 6 esetben, kétszer *bacillus aërogenest*, háromszor *diplococcus intracellularist*, egyszer *staphylococcus aureust*, háromszor ismeretlen fajokat. A Fränkel-féle *diplococcus lanceolatus* leggyakrabban a pneumonia crouposával complicált esetekben fordult elő, de olyankor is találta, midőn az eset complicatio nélküli volt. Látta azon Fränkel válfajokat is, a melyeket Foà és mások leirtak s mint mások is: észlelte, hogy e fajok a tápanyag változtatásával és a virulentia csökkenésével egyik vagy másik fajnak megfelelő s eddig nélkülözött tulajdonságokat nyertek; tehát azon buvárok felé hajlik, a kik külön fajok mellőzésével e tulajdonságokat individualis ingadozásoknak tartják. Előfordult a pneumococcus többször a vérben is. A 6 *streptococcus* eset közül 5 complicatio nélküli, egy esetben a hurutos orrűr excoriatiójának felületéről és sikerült streptococcust tenyésztenie. Három esetben a vérben is volt streptococcus. A két *bacillus aërogenes* eset complicatio nélküli. *Diplococcus intracellularist* 3 esete közül kettőben sikerült kitenyésztenie. Felemliti előadó a diplococcus intracellularis charakteristikus sajátságait, a mit saját tapasztalataival egybevetve, a legnagyobb valószinűséggel azon szerzőkhöz csatlakozik, a kik ezen bakteriumot a Fränkel-félével, ha nem is teljesen identificálják, de egy válfajnak tartják, e tekintetben saját kevesebb számú észleletei és az idevágó irodalmi disharmoniák miatt nem mond véglegeset. Hogy a Fränkel-féle az intracellularis diplococcussal esetleg identikus, azt sejtetni engedi azon esete is, a melyben górcső alatt a fenti két bakteriumot találta, de táptalajokon csak a Fränkel-féle fogamzott meg. Egy másik esetében a diploc. intrac. a kitenyésztett culturából átoltható nem volt s így állatkisérletet nem végzett. Az állatkisérletről különben Weichselbaum, a dipl. intrac. felfedezője is elismeri, hogy sokszor negativ. Az eddigelé le nem irt bakterium fajok, részben diplococcusok, részben bacillusok voltak, előfordultak a vérben is; e tekintetben vizsgálatai befejezve nincsenek. Vegyes fertőzést négyet észlelt; az egyik 2 ismeretlen faj, a másik

Fränkel és streptococcus, a harmadik a már említett diploc. intrac. és Fränkel, végül a negyedik diploc. intrac. és egy ismeretlen faj.

Előadó ezután a fertőzés utairól szól és hangsúlyozza az orrürön át való fertőzés fontosságát: az orrűr nyirokpályái a subarachnoidalis ürökkel direct összeköttetésben vannak. Állatkisérletek azt mutatják, hogy ép sértetlen nyálkahártyán keresztül a virus nem szivódik fel. Előadó először forró vízzel lobot idézett elő a nyálkahártyán s azután vitte a bakteriumokat az orrűrbe; ily módon sikerült meningitist előidéznie.

Végül összefoglalva kijelenti, hogy a meningitis cerebrospinalis epidemica oly általános fertőző, valószinűleg miasmatico-contagiosus betegség, a mely az agyi és gerinczagyi lágyburkok rostonyás genyes lobja képében folyik le, többféle pyogen bakterium által (Fränkel-féle diplococcus, streptococcus pyogenes, diploc. intrac. stb.) okoztathatik, a mely bakteriumok a behatolás kapuján elváltozásokat nem hoznak létre s az agyból a vér útján a veséken keresztül küszöbölődnek ki.

Preisz Hugó: Az aetiologiát illetőleg 7 esetet vizsgált meg 1895 óta és mind a 7 esetben a Weichselbaum-féle diplococcus intracellularist mutatta ki és 3 esetben tenyészteni is képes volt, egy esetben egész tisztán: azt hiszi, hogy a diplococcus intracellularis a meningitis cerebrospinalis epidemica oka. A mi a más bacillusokkal való complicatiót illeti, nevezetesen a Fränkel-félével (mely helyesebben Pasteur után volna elnevezendő), ezt sohasem találta, állatkisérletekben sem. A diplococcus intracellularis nem lándsaalakú, jóval nagyobb, mint a Fränkel-féle lanceolatus. Ez utóbbi kulturákban 24 óra alatt lencsényi tömegeket képez. Az intracellularis diplococcuson a mesterséges kulturákban és izzadmányokban degeneratiókat látni, két-háromszor nagyobb lesz átmérője 48 óra alatt, gyengén festődik és lánczokat nem képez, míg a lanceolatusnál ez nem ritkaság, végül sarcina-alakokat mutató elrendeződés sem ritkaság. Jellemző a diplococcus intracellularisra, hogy tápanyagon és izzadmányon vegetativ képességét elveszti, pl. 7-dik napon már nem ad kulturát.

Állatokat nem volt képes a diplococcus intracellularissal inficiálni, de azért pathogen lehet az emberre nézve.

Minich Károly: Mult év május havában 7 esetről referált és ekkor ugyanazt találta, mit Preisz tanár úr. Diplococcus intracellularis volt jelen és 3 esetben még staphylococcus albus és aureus. Megtalálta ugyanazon tüneteket, melyeket Preisz felemlitett: a diplococcus degeneratiójaként a nagy coccusokká való növekedést és tetracoccusokat is észlelt. Azóta több esetben látta ezt, csak egy eset volt negativ, a mikor a fedőlemezen és tenyészeteken az intracellularis nem jelentkezett, hanem egy rövid bacillus. Az orrüregen való fertőzés lehetőségére nézve megjegyzi, hogy az, hogy a baj az agyalapon localizálódik, nem bizonyit a mellett, hogy a fertőzés az orron át történik, mert a tuberculosus meningitis is az agyalapon localizálódik, pedig a fertőzés ritkán törfénik az orron keresztül.

Polyák Lajos: Kétségtelen, hogy az orr nyirokedényeinek befecskendésekor a subarachnoidalis űrrel való közlekedés kimuttatatott és igy a direct fertőzés lehetőségét tagadni nem lehet. Intranasalis, nevezetesen a középső kagylón végzett műtétek után léptek fel meningitisek, de csak tisztán genyes meningitisek és nem meningitis cerebrospinalis.

Kelen Béla: Fentartja azon álláspontját, hogy leggyakrabban nem a diplococcus intracellularis, hanem a Fränkl-féle diplococcus és a streptococcus szerepel; az aetiologia tehát nem egységes. Preisz diplococcus intracellularisa különben az irodalomban legújabban közöltektől egyben-másban eltér; igy újabban a kulturák hosszabb élettartamát (17—43 nap) hangsúlyozzák. Különben is a diplococcus intracellularis megkülönböztetését kulturák útján a Fränkel-féle diplococcustól nem tartja oly könnyűnek, mint Preisz. A sejtek bensejében fekvésre sem lehet sokat adni.

Minichnek azt feleli, hogy az agyalapi agyhártyáknak azonkivül, hogy az orrűrrel anastomosisban vannak, van más tulajdonságuk is, a mi őket a tuberculosisra hajlamossá teszi. Például a luetikus bélfekélyek és a sublimat dysenteriás fekélyek, mindketten a végbélben localizálódnak, de téves volna azt állítani, hogy a luetikus fekélyek nem a direct ragályozás folytán gyakoriak, mert hisz ugyanott localizálódó sublimat fekélyek per os adagolásra jönnek létre.

Közkórházi orvostársulat.

(II. bemutató szakülés 1897. január 27-dikén.)

Elnök: **Boleman István**; jegyző: **Tihanyi Mór.**

Heredosyphilis tarda súlyos alakja.

Hochhalt Károly: A 21 éves ifjú szellemi és értelmi fejlettség tekintetében korának megfelelő ugyan, de testileg elnyomorodott, úgy hogy 12—14 éves rosszul táplált gyermek benyomását kelti; a *fanosodás* nála teljesen visszamaradt, heréi fejletlenek, a fanszőrök hiányzanak, a nemi élet nyilatkozásai előtte teljesen ismeretlenek. Mindjárt születésekor ophthalmo-blenorrhoea lépett fel nála, 10 éves koráig, anyja bevallása szerint teljesen egészséges volt s jól fejlődött, de ekkor kanyaró után, jobb kulcscsontja és mindkét térdizülete felett kiterjedt csontdaganatai támadtak, melyek terjedelmes fekélyekké estek szét. 14 éves korában ezen csonthántalmakhoz hasvíz szövődött, mely eleinte húgyhajtókra engedett, de újból visszatért és daczára a két év előtt eszközölt csapolásnak, ma is fennáll. Három év előtt alvás közben, minden traumás behatás nélkül bal felkarja spontan eltört; a törés hosszas kezelés daczára nem gyógyult, hanem 7 cm. rövidülés mellett álizületet hagyott vissza. Kétségtelen, hogy jelen esetben a lues gummás alakjával van dolgunk, mire a csont és csonthártya gummák után visszamaradt, s csak röviddel ezelőtt bujakór-ellenes kezelés mellett gyógyult bőrfekélyek nyomai utalnak. A fennálló hasvíz minden valószinűség szerint hepatitis interstitialis syphilitica következménye. Bizonyitéka ennek a csekély májtompulat és nagyfokú léptumor, mely a bordaszélek alatt 3 harántujjnyira mutatható ki. Ugyancsak ezen léptumor zárja ki azon feltevést, hogy a periportalis mirigyek gummás elfajulása okozhatta volna a verőczér compressióját s igy az ascitest. A mi a spontan csonttörést illeti, legvalószinűbb, hogy a bal felkarcsont diaphysisében centralis osteomyelitikus gumma volt jelen, mely usurálva a csontállományt, annak forgácsos törését okozta. Szó férhetne ahhoz, vajjon jelen esetben tényleg heredolues tardával van-e dolgunk vagy lehet-e a gyermekkorban szerzett extragenitalis bujakórra gondolni? Ez utóbbira nézve minden további támaszpont hiányzik; ellenben nyomós okok szólanak a heredosyphilis tarda mellett. Igaz ugyan, hogy a veleszületett bujakór kétségtelen jelei, a Hutchinson-féle trias vagy annak egyes tényezői: a deformált felső, középső metszőfogak, az interstitialis keratitis, a süketség, továbbá az újabban oly jellegzőnek felállított *Silex*-féle hegkoszorú az ajkak körül hiányzanak, de jelen van egy fontos tünet, melynek jelentőségét *Hutchinson* is beismeri, nevezetesen a növekedésben visszamaradás, valamint a pubertas és virilismus hiánya, továbbá azon, némileg támogató körülmény, hogy az anya másodszor macerált magzatot szült. De végre is manapság mit értünk a heredosyphilis tarda alatt? Nem egyebet, mint a heredosyphilis gumma alakját, mindig feltéve azt, hogy a csecsemőkorban szerepelt papulosus időszakot a szülők elnézték vagy arra már nem emlékeznek.

Fournier és *Haubner* a heredosyphilis tardának tartamára nézve oda nyilatkoznak, hogy az legkésőbb a második évtized folyamán kialszik. Jelen esetünkben is a senyv megszünte valószinű; de azért a kórjóslat quoad vitam kedvezőtlen, mivel a zsigeri bujakór okozta májzsugor és hasvíz a beteg életét fenyegeti.

Róna Sámuel: Bemutató is, szóló is azon többséghez tartozik, melynek véleménye szerint a syphilis tardát úgy kell felfogni, hogy annak első tünetei az első időszakban nem vétettek észre és évek multán felléptek a köztakarón, a csontokon gummás folyamatok. A csonttörés oka kétségtelenül az osteomyelitis gummosa. A mult évben általa bemutatott esetben is ez volt az oka a csonttörésnek és pedig actualis folyamat következtében.

A syphilis szerzett vagy congenitalis volta néha nehezen állapitható meg, a jelen esetben, a mikor 22 éves egyén annyire visszamaradt és az anya később macerált gyermeket szült, a syphilis congenitalis volta valószinű.

Goldzieher Vilmos: A Hutchinson-féle trias elmaradásának döntő értéke nincs a syphilis hereditaria tarda kórisméjében, mert pl. a kerat. parenchymatosa elmaradása nem szól syph. cong. tarda ellen. Viszont sok keratitis parenchymatosát lát szóló a Hutchinson-fogak nélkül vagy pedig a siketség hiányzik.

Gyakran 7—8 évig jól fejlődnek a gyermekek és azután fellépnek a syphilis cong. tarda tünetei. A szülők gyakran nem is tudják, hogy syphilisesek vagy pedig eltagadják. Újabban figyelmeztettek, hogy a gyermekek gyakran a dajkáktól kapják a syphilist.

Szóló még egy tünetről beszél, melyre újabban *Hirschberg* is figyelmeztetett, de a melyet szóló előbb, már az orvosegyesületben demonstrált; t. i. egy finom edényhálózat a cornea mély rétegeiben biztos jele a syphilis cong. tardának és ez a gyógyult kerat. parenchymatosa után szokott visszamaradni. Megkülönböztetendő a felületes edényhálózattól, mely scrophulás keratitisnél sepőalakban vonul a felületes rétegekben.

A kerat. parenchymatosa 75%-ban syphilis hered. tard. következménye, egy kisebb része scrophulosissal függ össze. Azonban ennek szerepe a pathologiában ingadozó annál is inkább, mert bacteriologice és kórboncztanilag be van bizonyítva, hogy a kerat. parenchymatosa tuberculosissal függ össze.

Ha a syphilis be nem bizonyítható, akkor megkezdi szóló a kenőkúrát és ez dönt gyakran a baj természete felett.

Mohr Mihály: Szintén constatálhatta számos esetben keratitis parenchymatosa után ezen edényhálózat jelenlétét, mely nevezetesen tág pupilla mellett és gyenge tükörrel jól látható.

Gonorrhoea recti okozta végbélsipoly.

Róna Sámuel: Kevésbbé ismert azon körülmény, hogy a heveny, vagy subacut és a végbél falát nem szűkitő gonorrhoeához is csatlakozik végbélsipoly. Már a mult évben bemutatott előadó egy heveny gonorrhoea kapcsán fellépett incomplet végbélsipolyt. Azon betegnél a sipoly keletkezését bemutató maga észlelte; ugyanis a végbél falába beágyazott mirigyek körül gyuladás, tehát periproctitis lépett fel, mely elgenyedvén, a geny a gát felé süllyedt és a tályog nyitása után sipoly keletkezett. Egészen hasonló körülmények között keletkezett a végbélsipoly ezen 4 hó óta prostituáltnál. A 18 éves leány prostituáltatása első napjaiban, tehát 3 hó előtt végbélgonorrhoeát is kapott, melyhez rövid idő alatt végbélkörüli tályog csatlakozott, mely spontán megnyilván, complet fistulához vezetett. A sipolyból kinyomott geny mindannyiszor typikus extra- és intracell. gonococcust mutatott és semmi más bacteriumot.

Hogy vajjon csupán a gonococcusoknak a folliculusokból a periproctalis kötőszövetbe vándorlása által jött-e létre a tályog, biztosan el nem dönthető. A sipoly feltárása alkalmával kikapart kötőszövetet is átvizsgálják gonococcus tartalmára.

Hasnyálmirigy-tömlő kórboncztani készítménye.

Genersich Antal: (Lapunk más helyén közöljük.)

Herczel Manó: Az érdekes készítmeny egy 34 éves férfiútól származik, a ki egészséges családból való és 1896. októberéig jól érezte magát. Erőteljes napszámos volt, a ki ekkor meghülés folytán keletkezett gyomortáji fájdalmakról panaszkodott. Gyomornyomás, böfögés, étvágytalanság, rossz szájíz, később hányás gyötörték, a mi miatt *Dulácska* főorvos osztályára vétette fel magát, a hol deczember elején hasdaganatot constatáltak nála, mely láthatólag nőtt és pancreascysta daganat gyanújával tétetett át szóló osztályára. Mikor deczember 16-dikán megvizsgálták, a következők találtattak: Még erős és jól fejlett beteg, láztalan, érverése 92, szive, tüdeje ép. Gyomortáján az epigastriumot és a mesogastrium felső részét kitöltő dombordad, sima felületű, cystikus emberfejnyi daganat, mely hosszirányban nem volt eltolható, haránt irányban is nehezen, a légzést nem követte és a gyomor alatt foglalt helyet. Lép kissé nagyobb, máj kisebb. A daganat tompulati formája ovalis, a bordaszélekig és a köldök alá 2 ujjnyira terjed és felfelé majdnem eléri a proc. ensiformist. A lép- és májtompulat két ujjnyi zóna által elhatárolható volt, colon felfúvásakor ez a daganat alatt foglal helyet, a gyomor felvuvásakor ez a daganaton nyargalt, kétségtelenül pancreas daganat volt. Diabetes nem volt jelen, vesefunctio teljes és így unilocularis vesecystával sem lehetett összetéveszteni, mint egy 3 év előtti esetében, a melyben patkó alakú vese volt jelen; zsir sem volt több a bélsárban, de ez nem bizonyított pancreascysta ellen.

Ilyen körülmények között operatiót javaltunk, mert ugyanez időben egy betegünknek hasonló diagnosissal operatio után jól ment dolga. A beteg nem akart tudni az operatióról és elhagyta a kórházat. Január 17-dikén újra felvétette magát, nagyon rosszul volt, teljesen elesett, érverése 120, folyton hány, légzése perczenként 25—30, soporosus, feleletet alig ad, a daganata megnagyobbodott, tompulata minden irányban 1—2 ujjal nagyobb volt, hasa feszes, előredomborodott. Ilyen körülmények között én aznap még hab. ztam, de másnap még sokkal rosszabbul volt, cyanosis is jelentkezett, úgy hogy indicatio vitalisból próbaképen az utolsó perczekben végeztük az operatiót. Scheich-féle anaesthesia mellett 12 cm.-nyi metszést ejtettünk a hasfalon, a beteg fájdalmat nyilvánított, úgy hogy gyorsan akarván végezni, a cystát nem varrtuk előlegesen ki, hanem a dobszerűleg feszült gyomor alatt a lig. gastrocolicumon át megpungáltuk; $^3/_4$ l. erősen véres folyadékot bocsátott ki. Ezután kivarrtuk a cystát, elzártuk 4—5 silkworm-varrattal a hasüreget, ágyba hoztuk, autotransfusiót csináltunk, kámfor-, aether-injectiókat, majd moschusinjectiókat, de a beteg végkimerülésben 1 órával az operatio után meghalt.

A halál mozzanatát illetőleg az a véleménye szólónak, hogy a pancreascystában valószinűleg vérzés következett be, talán $^1/_3$—$^1/_2$ l. vér ömlött ki, ez idézte elő, hogy a gyomor még jobban comprimálódott és nem tudott semmit sem megtartani; ezen hányások okozták, hogy a beteg aspirált valami hányadékot és ez okozta a kisfokú nyelési pneumoniát.

Korányi Sándor: Az eset észlelésében neki is volt része és megakar emliteni egy tapasztalatot, mely a pancreas-daganatok diagnosisában értékesíthető.

A tapasztalat egyezik egy más pancreasdaganat-esetben tett tapasztalatával. A vér fagypontsülyedése t. i. a normalisnál nagyobb volt. Ez 0·56° normalisan. De a vese és légzési elégtelenségnél ez nagyobb szokott lenni. A kettőt egymástól meg lehet különböztetni in vitro, ha oxygent vezetünk rajta keresztül, t. i. ha légzési elégtelenség volt oka a fagypont-sülyedés nagyobbodásnak, oxygen-átvezetése után az normalis lesz, de ha vesebaj volt az oka, nem lesz normalis oxygenbevezetése után sem.

A pancreas-betegnél azt tapasztalta szóló, hogy a vér fagypontsülyedése olyan, mint vesebajnál és légzési elégtelenségnél, de oxygenátbocsátásra a vér fagypontja nem vált normalissá, tehát elégtelen veseműködésre utalt a lelet. Azt hitte szóló, hogy anatomiai helyzeténél fogva a vese circulatiója gátolva van, de a bonczolásnál meggyőződött, hogy a vese circulatiójában zavar nem lehetett, sem anaemia, sem pangás nem volt jelen. Magyarázni a tünetet nem tudja.

Ez a lelet, hogy a vér fagypontsülyedése a normalisnál nagyobb, de oxygen-átvezetésre nem lesz normalissá, talán a tapasztalatok szaporodásával értékesíthető lesz a hasdaganatok diagnosisában.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A nyitravármegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egyesület 1895/96-diki évkönyve. Összeállította: **Biringer Ferencz** dr., titkár. Az egylet tulajdona.

Hazánk ezeréves fennállását a nyitramegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egyesület azzal ünnepelte meg, hogy 1895/96-diki működéséről Pantocsek József dr. indítványára nagyobb szabású, rendkivül becses közleményeket tartalmazó, díszes évkönyvet adott ki. Már több izben volt alkalmunk e tövekvő, szorgalmasan munkálkodó egyesület működéséről megemlékezni; most is örömmel foglalkozunk vele, mert újabb bizonyítékait látjuk annak, hogy ezen egyesület kitűzött czélján, a közhasznú természettudományi és egészségtani ismeretek terjesztésén, nagy buzgalommal fáradozik.

Az évkönyv első czikkét, mely az egyesület történetét ismerteti, *Biringer Ferencz* dr. írta meg. Ezután természettudományi értekezések következnek, szám szerint 24, megannyi ügyes és főleg Nyitra vármegye természeti és egészségügyi viszonyaival foglalkozó dolgozat. A minket közelebbről érdeklők a következők: „A betegsegélyező pénztáraktól“ Csippék Jánostól; „A terhesség idő előtt való félbeszakadásáról“ Kicska Emil dr.-tól (107 észlelt eset, közöttük opiophagia folytán keletkezett abortus érdekes esete); „Nyitra vármegye egészségügyi viszonyai az 1893. és 1894. évben“ Thuróczy Károly dr.-tól (a halálozás 1893-ban 33·4‰ volt, 1894-ben 31·7‰ s a trachoma sok bajt okozott); „A térdkalácstörések és azok gyógymódjai“ Stein Emil dr.-tól; „Az orbáncz gyógyító befolyása a chronikus gyuladásokra“ Babó Tivadar dr.-tól; „A diphtheritis-gyógyserummal végzett kisérletekről 400 eset kapcsán“ Thuróczy Károly dr.-tól (halálozás 15·7%, míg a serummal nem kezelt 706 diphtheritis beteg halálozási száma 48·7% volt); „Nyitra vármegye közkórházai“ Thuróczy Károly, Fridrich Alajos és Biringer Ferencz dr.-októl; „Az önkéntes betegápolásról“ Ádám Endre dr.-tól; „Nyitra vármegye gyógyfürdői és ásványvizei“ Biringer Ferencz dr.-tól (Pöstyén, Büdöskő, Bajmócz, Bélicz, stb. csinos képekkel); „Nyitra vármegye egészségügyi viszonyai az 1895. évben“ Thuróczy Károly dr.-tól (a halálozás 32·9‰); „A mai kornak szembetegségei“ Ottava Ignácz dr.-tól; „A privigyei trachoma-járvány közigazgatási szempontból“ Jelentsik Nándor dr.-tól és „Érdekes kóresetek magánorvos gyakorlatából“ Pavlik Sándor dr.-tól.

Társulati ügyek ismertetése fejezi be az érdekes évkönyvet. Ebből tudjuk meg, hogy az egyesületnek ez idő szerint 1 alapító, 164 rendes és 16 pártoló tagja van; az egyesület kiadványait pedig 32 honi társegyesületnek szokták megküldeni.

Végül meg kell említenünk, hogy a nyitrai, nagy-tapolcsányi és érsekújvári közkórházak leírásához, ezek sikerült tervrajzai is mellékelve vannak. *A—y* dr.

II. Lapszemle.

Gyermekgyógyászat.

A diphtheria-antitoxinnal gyógykezelés eredményei a bécsi szt. Anna-gyermekkórházban 1895-ben. 712 serummal gyógykezelt gyermek közül elhalt 131, a halálozási százalék 18·4. Az elhaltak közül 24 az első huszonnégy órában halt el, 2 scarlatinában, 1 tuberculosisban és 1 morbilliben; ha ezen 28 halott levonásba hozatik, úgy a halálozási százalék 15·0, míg 1862-től 1894-ig bezárólag a kórházban kezelt 7149 diphtheria betegnél a halálozási százalék 43·13 volt. A serummal gyógykezeltek közül 105 csak intubáltatott, közülök 8 halt meg, a halálozási százalék tehát 7·6; 90 előbb intubálva utóbb tracheotomizálva lett, ezek közül elhalt 52, százalékban 57·7. A legsúlyosabb 34 eseten primaer tracheotomia végeztetett, 24 azaz 70·58% elhalt ezek közül. Tehát a 712 serummal gyógykezelt gyermek közül 229-nél történt operativ beavatkozás; ezekből 84 elhalt, mi 36·7% halálozási aránynak felel meg. (Kórházi évkönyv).

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Bromoform** rendelésére *Gay* a következő formulát ajánlja: Rp. Bromoformii 1·2 (guttas 45); Ol. amygdal. dulc. 15·0; Gummi arab. 10·0; Syr. simpl. 30·0; Aqu. destill. 65·0. Fiat emulsio. S. Kávés — evőkanalanként. Egy-egy kávéskanál 0·05, egy-egy gyermekkanál 0·1, egy-egy evőkanál pedig 0·15 bromoformot tartalmaz. (Répert. de pharm. 1896. 46. sz.)

2. **Gyomoratonia okozta dyspepsia** ellen *Schwerdt* a következő orvosságot rendeli: Rp. Tinct. nucis vomicae 10·0; Resorcini 0·50. M. D. S. 3-szor naponként 5—10 cseppet. (Semaine médicale, 1897. 3. sz.)

TÁRCZA.

Közlemény az országos közegészségi tanácsból.

Közli *Csatáry Lajos* dr.

Az országos közegészségi tanács állandó járványbizottsága január 28-dikán ülést tartott, melyben részt vettek: Müller Kálmán elnök, Csatáry Lajos, Fodor József, Chyzer Kornél, Tormay Béla és Högyes Endre; ezen ülésből a következő felterjesztés intéztetett a Belügyminister úrhoz:

Nagyméltóságú Belügyminister úr!

Tekintettel azon veszélyekre, melyekkel a Bombayban uralgó pestis behurczolása országunk területét is fenyegetheti, az alólírt állandó járványbizottság kötelességének tartotta megállapítani azokat, miket a veszély elhárítására czélszerűnek és szükségesnek vél s megállapodásait Nagyméltóságodnak tudomására hozni. Legelőbb is, nagy megnyugvással vettük azon czélszerű és helyes intézkedéseket, melyeket Nagyméltóságod egyetértőleg a nmélt. kereskedelmi minister úrral, megfelelő rendeletek kibocsátásával, a pestis behurczolása ellen életbe léptetni méltóztatott, azokat pedig, mikre nézve véleményünket megállapítottuk, a következőkben van szerencsénk előadni.

1. A pestis ellen való szárazföldi védekezést illetőleg ugyanazon rendszabályokat véljük követendőknek, melyek annak idején a cholera behurczolása ellen életbe lettek léptetve, s melyek mult évi 157. sz. a. felterjesztett törvényjavaslatunkban „közveszélyes heveny fertőző betegségek terjedésének meggátolására“ elő vannak sorolva.

2. A tengeri védekezést illetőleg fiumei kikötőnkre való tekintettel megnyugtató tudomással birunk arról, hogy a Martinsiczai veszteglő-intézet rendben s egyszersmind járványkórházról is kellőleg gondoskodva van, mindazonáltal felhívjuk Nagyméltóságod becses figyelmét az Indiából érkező rizszsel, selyemmel és jutával megrakott hajókra; az ezekkel való elbánást ugyan a drezdai értekezlet folytán létrejött szerződések szabják meg, de mégis különös figyelem fordítandó arra, hogy az azokban netalán létező patkányok és egerek, melyek a ragályzó csírokat tovavinni képesek, gyökeresen kiirtassanak és így a szárazföldre ne juthassanak, úgyszintén, hogy úgy a gyárakban mint kirakodó helyeken azon czikkekkel dolgozó munkások a legszigorubb orvosi megfigyelésnek vettetvén alá, addig míg azt teljes biztossággal nem tehetik, a lakossággal mentül kevésbbé jöjjenek érintkezésbe.

3. Különös figyelem fordítandó a Boszniából Mekkába utazó, illetőleg onnan visszaérkező zarándokokra, e zarándokolás lehetőleg korlátozandó s a visszaérkezők a megszabott fertőtlenítésnek és szigorú orvosi felügyeletnek vetendők alá.

4. Habár a pestis-serum alkalmazása még a tanulmányozás stadiumában van, mégis czélszerűnek vélnénk, hogy annak készítésére előkészítő tanulmányok eszközöltessenek s az esetleg beszereztessék, hogy továbbá

5. intézkedések tétessenek arra nézve, hogy Fiumében, arra alkalmas helyen a bacteriologiai vizsgálatok kellő módon eszközölhetők legyenek s azon czélból egy azokban jártas szakértő oda küldetvén, a szükséges eszközökkel elláttassék.

6. Hogy az orvosok a pestis diagnosisára nézve útmutatást nyerjenek, az erre szolgáló rövid útmutatást elkészítjük és azt Nagyméltóságodnak legközelebb rendelkezésére fogjuk bocsátani.

7. Valamint régebben, úgy jelenleg is nagy mérvben érezhető azon a fertőző betegségek tanulmányozására szolgáló intézet hiánya, melynek felállítását ismételten kértük, miért is ez alkalommal sem mulasztjuk el Nagyméltóságodat arra kérni, hogy magát ily valódi „Pasteur-intézet“ létesítését illetőleg a nmélt. vallás- és közoktatásügyi minister úrral érintkezésbe tenni méltóztassék.

Az orvosok érdeke és a klinikai ingyen-rendelés.

Mind nagyobb hullámokat ver az orvosok anyagi és társadalmi helyzetének javítására irányuló mozgalom, melyet minden orvosnak tőle telhetőleg támogatnia kell. De a siker érdeke azt kívánja, hogy az ügy megoldását ne oly módon keressük, hogy ez más fontos érdekekbe ütközzék. Ilyen fontos érdek az orvosképzés s az orvosi tudomány fejlesztésének ügye.

E lap megelőző számaiban *Csapodi* tanártól olvastunk az orvosok anyagi és társadalmi érdekében írt czikket, melyben az egyetemi klinikai ingyen-rendelések szaporodását károsnak tartja úgy az oktatásra, mint a magán-orvosokra nézve. Kérdés, hogy az utóbbiak érdekében opportunus-e a klinikákat s így az oktatás ügyét *látszólagos* ellentétbe hozni az orvosok mozgalmával? Ezen gondolat vitt arra, hogy bátorságot vegyek magamnak ezen ügyhöz hozzászólni.

Mindenek előtt hangsúlyoznunk kell, hogy a klinikai rendelés főczélja csakis az oktatás lehet s így ennek érdekét tartozik követni. Nyilvánvaló, hogy a gyakorlati oktatás szempontjából szükség van kellő számú és változatos, közönséges és ú. n. érdekes kóresetre. Utóbbiak a tudomány fejlesztése czéljából is különös fontossággal birhatnak. Ehhez természetesen nagy ambulantia kell, hogy a sok feleslegből a tanításra és a tudományos szempontból értékeset kiválaszthassuk. Csak így érhető el a tananyag változatossága és teljessége. De még az esetek ismétlődése bizonyos határok között szintén kívánatos, hogy egy s ugyanazon betegség különböző stadiumai és különböző súlyosságú esetei kellőkép bemutathatók legyenek.

Ily felfogással nézve a klinikai ambulantia fejlődését, csak örvendetesnek tarthatjuk, hogy a tanítás érdekét szolgáló beteganyag növekedésével mind több és több értékes eset juthat a tanulók elé s a tananyag tökéletesebbé válik. Igaz, hogy e növekedésnek is megvannak a határai, mert bizonyos számon túl csak a személyzet munkáját szaporítja a nélkül, hogy akár tanítási, akár tudományos anyag szempontjából jobban értékesíthető lenne. Kérdés, hogy ezt a számot mindenütt elértük-e már? Ha igen, úgy ez nagy gondot nem okozhat, mert hiszen különös nehézséget inkább valaminek fejlesztése, mintsem visszafejlesztése okozhat. A betegforgalom csökkentése is, ha valahol túltengés mutatkoznék, könnyen lesz eszközölhető.

Az egyetemi szemklinika betegforgalma jelenleg épen elegendőnek mondható; a további növekedés megszorítására történtek is már intézkedések s ha szükségesnek mutatkoznék, még további megszorítások is könnyen tehetők. De vajjon így van-e ez a többi klinikákon is? Tudomásom szerint azokban a beteganyagot inkább szaporítandónak tartják a kellő változatosság s a tanítás nagyobb sikere érdekében. Hiszen tudjuk, hogy a városi közkórházakból hányszor vesznek át egyes betegeket a belklinikákra, tudjuk azt is, hogy ezen ügy érdekében a gyüjtőkórház eszméje is felmerült.

Hogy épen a szemklinikán nincs beteghiány, ennek oka egyrészt az, hogy a szembetegségek olyan természetüek, hogy az emberek a nyilvános rendeléstől és a hallgatóság előtt való vizsgálástól kevésbbé irtóznak, mint pl. a nőgyógyászati betegek; másrészt szemklinika csak egy lévén, az anyag nem oszlik meg. Ez okozza talán azt is, hogy a szemklinikán több a jobbmódú járóbeteg, mint másutt.

Olyan nagy-e ezen betegek száma a klinikai rendelésen, hogy ebből a gyakorló orvosoknak számbavehető kára származik? Azt hiszem, hogy nem. Kiviláglik ez, ha a szemklinikára bejáró fizetni képes betegek számát, a mely az összes betegeknek alig 8—10%-át teszi, összehasonlítjuk az ú. n. nyilvános rendelő intézetekben található számaránnyal szegény és jobbmódú betegek között. Hogy csak a legutóbbi erre vonatkozó közleményt említsem, *Jurkiny*[1] kimutatja, hogy ezekben a bejárók $^4/_5$ része fizető képes. Már csak ezen számokat tekintve is, világos, hogy az orvosok anyagi érdekein ezen „rendelő intézetekben“ esik leginkább csorba. Így hát a megindult mozgalomnak figyelmét inkább ezekre kell terelnünk. S tényleg a helyzet javítását czélzó javaslatok épen ezen intézetek ellen foglalnak állást, s e mellett hangsúlyozni iparkodnak, hogy az ingyen-rendelés korlátozását csak annyiban kívánják, a mennyiben a tanítás és a humanismus érdekei nem szenvednek.

[1] Gyógyászat. 1897. 4. sz. 45. old.

A klinikákon megforduló, aránylag kis számú, módosabb betegek eljöveteléért pedig főképen azon gyakorló orvosok okolhatók, a kik fizető betegeiket a klinikákra küldik vélemény kikérése végett. Ez ellen szót emelni helyeselhetőnek tartjuk, valamint azon abusus ellen is, hogy egyes hatósági orvosok véleményadás végett csapatostól küldik a betegeket a szemklinikai ambulantiára. Ezzel a betegforgalmat növelik, de tanításra alkalmas esetekkel nem szaporítják.

Azon óhaj, hogy a klinikákon csak szegény beteg kapjon rendelést, nézetem szerint két okból nem teljesíthető. Először, mert a szegényügy rendezetlensége folytán az ingyenes rendelésre szorulókat meg nem tudhatjuk: a szegénységi bizonyítvány beszerzése nehézkes, a betegek külseje után ítélni pedig lehetetlen s mindkettő igen sok esetben igazságtalan eljárás. Másodszor a klinikai rendelés tulajdonképen nem is fogható fel ingyenes rendelésnek, hanem inkább úgy, hogy a beteg tananyagul szolgálván *recompensatioképen* kapja az orvosi tanácsot. Így nézve a dolgot, az olyan betegeket, kik valamely nekik kellemetlen vizsgálás pl. a hosszas szemtükrözés elől megszöknek, úgy tekinthetjük, mint a kik adósak maradtak a rendelésért. De meg az ilyen esetek épen a mellett szólanak, hogy sok betegre van szükség, mert csak így pótolhatjuk a tanításra nézve elveszett eseteket.

Hogy a módosabb betegek között néha olyan felfogás is uralkodik: „azért országos klinika, hogy nekem is rendeljen“, nem a jelenlegi rendszer hibája, hanem inkább azon gyakorló orvosoké, kik a betegeket adott esetben kellőképen fel nem világosítják. Hasonló esetekben a szemklinikán mindig hangsúlyozzuk az illető előtt a klinikai rendelés czélját.

Láthatjuk ezekből, hogy a tananyag beszerzése mai rendszerének vannak egyes hiányai, de ezek között utolsó az, hogy egyes esetekben a gyakorló orvosok anyagi érdekének árt. S ha ezen rendszeren változtatni kell, erre okul nem az orvosok ügye, hanem csakis az oktatás s a tudomány fejlesztése érdeke szolgálhat. Ezen szempontból melegen üdvözölhető az állami kórház eszméje, melytől a klinikai fekvő beteganyag kibővítése és tökéletesítése várható.

A megindított mozgalom érdekében óhajtandó lenne, hogy az orvosok ügye a klinikai rendeléssel összefüggésbe ne hozassék s mint attól teljesen független kérdés külön tárgyaltassék.

Blaskovics Fridolin dr., szemklinikai tanársegéd.

Angliából.[1]

I.

A parlament s a társadalom. A kontinens angol turistái. Angol család, nemesség; polgári öntudat. Kasztok és foglalkozások. Az otthon. Jellemvonások. A királyi hatalom csak névleges. Vallási viszonyok. A vasárnap. Az orvosi carrière.

(Folytatás.)

Ez persze rendkivüli erős módon összefüzi a mágnást a polgárral. A főúr szemei előtt ott lebeg, hogy halála után legidősebb fia kihajtja öcscseit és hugait palotáiból és hogy ezek mint egyszerű polgáremberek, az ősi birtokban való osztozkodás nélkül lépnek ki az életbe. Az angol tehát mindenképen törekszik a polgárság megvagyonosodását elősegíteni. Divatba jött ott az ipar, s a legelőkelőbb főurak is iparvállalatokba, papirokba, bányákba fektetik pénzüket és intensiv részt vesznek vagyonuk forgatásában. Angliában a munka nemcsak divat, conditio sine qua non az a gentlemanlike mivolthoz. Így történik az a nálunk sohasem hallott tény, hogy pl. a jelenlegi cabinetben három iparos ül, *Chamberlain*, a coloniák, *Forster*, a cultus és *Smith* az adóellenőrző minister (first lord of treasury). Az első csavar-, a másik posztógyáros, Smith pedig könyvnyomdász!

Ez a meggyökeresedett szorgalom valóságos hajszává, létért való küzdelemmé (struggle for life) fejlődött. A verseny mindinkább kiemeli a productióban kitünőbb minőséget: ez visszahat az izlésre, becsületességre, pontosságra. A közvagyonosodás emelkedésével együtt járt a nemzeti öntudat kifejlődése, mely az „*English*“ jelzőből a kitünőnek synonymjét csinálta, a „*made in Germany*“ (Németországban készült) pedig valóságos gunyszó lett, melyet hitvány iparczikkre, elrontott ételre, gyenge élczre egyformán alkalmaznak.

Az angol erőt érez magában és ezt nem titkolja. A nép önmaga kiván intézkedni ügyeiben s ezért este, munka után összegyül a nagy parkokban; valamelyik feláll, megpendít egy themát, valamely actualis kérdésről, s megindulnak a legkülönbözőbb társadalmi osztályokat representáló hallgatók között a viták. Ezek a híres *meetingek* (találkozók), melyeken a legtökéletesebb szólás szabadság uralkodik; magam hallottam egy propositiót a királynő letételére, s egy másikat az anarchismus behozatalára vonatkozólag — a nélkül, hogy az ott álló rendőr megmoczczant volna.

A rendőr általában ott közszolga, a kinek kötelessége mindenkinek annyira szolgálatára állni, a mennyire ezt a viszonyok mellett megteheti. A muzeumokban a rendőr nem egyéb fizetéstelen vezetőnél; a rendőr igazítja útba az idegent, ajánl vendéglőt, fütyül kocsiért, vezeti át a gyalogosokat az úton, védi a kocsis kapzsisága ellen az utast stb. Az angol rendőr egy gentleman, a ki uniformist visel és az utczán szokott tartózkodni. Viszont sokkal kevesebb tekintélyük van a katonáknak. Az angol katonatiszt rögtön civilbe öltözik, mihelyest elvégezte szolgálatát; a közönséges katonát pedig be nem eresztenék pl. vendéglőkbe a közönség közé. Oka ennek, hogy Angliában nincs kötelező katonai szolgálat, ott tehát valamire való ember nem lép be a hadseregbe. A katona ott zsoldos, szolga, a ki életének tetemes részét henyéléssel s csak a kisebbet tölti munkával, nem tekinthető tehát a többivel egyenlő rangúnak.

A legelőkelőbb hivatalnoka az államnak a biró. Angliában a biráskodás rendszere páratlan. Az egész királyságra csak 30 birájuk van, kiknek mindegyike 60,000 frt fizetést kap, elmozdíthatatlan, nem léphet elő, tehát absolute független, s nincs érdekében a kormány kegyét hajhászni. Birává kizárólag oly öregebb ügyvédeket választanak, kik hosszú feddhetlen praxisuk mellett, nagy bölcseséget és becsületességet mutattak és igen nagy vagyont is szereztek. A biró kijelentése szent, ott rendszerint nincs felebbezés, halogatás stb. A szóbeliség miatt minden ügyet gyorsabban intéznek a mi irkáló rendszerünknél. Minden büntető ügyben jury szerepel, s csak akkor ítélhető el valaki, ha a jury *egyhangú* verdiktet hoz. Ilyenkor a birón mulik, hogy mily szigorúsággal alkalmazza a törvényt, mely néha nagyon elastikus és néha 1/2 kros pénzbirság és sok évi börtön között válogathat az itélő.

Csakis az angol biró absolut megközelíthetetlensége mellett lehetséges e rendszernek jól functionálnia oly óriási vagyoni kérdések mellett, mint a milyenek Angliában szerepelnek. Nekünk, szegény magyaroknak nincs fogalmunk arról a pénzről, mely pl. Londonban összegyül. Láttam a pénzverdében lapátolni az aranyat. Mázsánként állnak ott a sárga fémtéglák, várják, míg őket souvereignekké verik. Vásárlásoknál, fizetéseknél, sőt még az orvosi honorarium átadásánál is az angol utalványt (cheque) használ s az ilyen, egy napon kibocsátott chequek összege néha egy milliard forintot is túlhalad!

Az ilyen rengeteg stabilizált vagyon mellett érthető, ha a polgárság sokkal müveltebb, distinguáltabb a külföldieknél. Minden ház egy residentia s a lakója szeret jól élni s magát kellemes, egyszerü kényelemmel körül venni. Rendszerint minden családtag külön szobában alszik; a család együtt pedig egy egész házat s hozzá való kertet bir bérbe. Bámulatos az ilyen „*Englisch Home*“ berendezése. Kivülről füstös, barátságtalan, mintha leégett volna, de belülről oly üde tisztaság, egyszerü kényelem uralkodik, a mit sehol sem találni fel másutt. Nincs meg a német lakások hidegsége, a francziák túlterheltsége; kényelmesebb a magyarnál, tisztább az olasznál, olyan, hogy az idegen is otthon érzi magát benne az első percztől fogva.

Parallelje az angol lakásnak az angol konyha. Egyszerü, de rendkivül tápláló. Óriási húsokat hoznak be ebédre, még pedig nem ám „angolosan“, a hogy mi nevezzük, hanem „*Well done*“ (kisütve) s melléje főtt főzeléket adnak. Levesek, tészták ritkák; a gyümölcs annál popularisabb. Rengeteg mennyiségben fogyasztják az indiai theát, naponként 2—4 csészével személyen-

[1] L. Orvosi Hetilap 1897. 4. számát.

ként. Ez azonban úgyszólván egyedüli inyenczsége az angolnak — az intelligensebb elem keveset dohányzik, alcohollal pedig alig él — hála a sok mértékletességi egyletnek, mely bornemiszákat *(teetotaler)* nevel a fiatalságból, s hála az államnak, mely $10^1/_2$ shilling adót vet 1 gallon alcoholra (140 frt, 100 L.-re), tehát három-négyszer annyit mint Magyarország, azzal a kijelentett szándékkal, hogy tönkre teszi a részegeskedést.

E mellett az egyszerü élet mellett az angol igen sokat edzi magát. A *Hyde Park* taván, a *Serpentine River*-en télen feltörik a jeget a fürdözök számára! Szombat délután kivonul a nép a vidékre labdázni, tornázni, lovagolni, szóval minden módon kultiválja a testedzést. Valóságos nemzeti ünnepek a lóversenyek, a regatták, cricket stb. matchek. Már a gyermekeket úgy nevelik, hogy megszeresse a sportot — a példabeszéd szerint az angol fiú csak akkor boldog, ha az utczán egy six-pences pénzt, vagy labdájával egy ablakot talált el. Ilyenkor haragudni senkinek se jutna eszébe — az emberek oly jó indulatúak, s a harag oly sok időbe kerül, az ablakot pedig úgy is megfizeti az *Assurance Co. Ltd.*

(Folytatása következik.) *Nékám Lajos* dr.

Heti szemle.

Budapest, 1897. február 5-dikén.

A pestis gyógyitásáról ir *Cantlie* a „British medical journal“ ez évi január 30-diki számában. Mindenekelőtt felemliti, hogy a pestisben megbetegedett európaiak között sokkal kisebb a halálozás, mint a chinaiak között; így az 1894. évi hong-kongi pestis-epidemia alatt megbetegedett 11 angol közül csak 2 halt meg, vagyis 18·2%, míg a chinaiak között a halálozási százalék körülbelül 95-re rúgott. Ezen tetemes számbeli eltérést azonban nem a faj-különbségnek tudja be, hanem annak, hogy az európaiak jókor jutnak észszerü orvosi kezelés és gondos ápolás alá és hogy szívesen vesznek magukhoz gyógyszeres és alkoholos stimuláló szereket, a miktől a benszülöttek irtóznak. Szerző általában nagy fontosságot tulajdonit a mindenkor kéznél levő gyors orvosi segélynek, mert épen pestisnél az állapot rendkivül rövid idő alatt változhatik és így az azonnali beavatkozás szükségessége minden perczben felmerülhet.

A betegszoba jól szellőzhető, lehetőleg hüvös legyen (15—20° C.). A betegnek semmi szin alatt nem szabad felkelnie s azért vizelő palaczkkal és ágytállal látandó el; nagyon sokszor előfordult ugyanis, hogy a beteg, a mikor felkelt, hogy székét végezze, holtan rogyott össze. A betegség elején nagyon jó a belet kiüriteni, a mely czélból 30—60 centigramm calomel adandó a betegnek, 5 óra mulva pedig valami sós hashajtó; a tapasztalat ugyanis azt mutatja, hogy a pestisbacillusok a bél útján távoznak legnagyobb számmal a szervezetből. Nagyon fontos a beteg jó táplálása, a mi — a deliriumos állapot kivételével — többnyire nem ütközik nehézségbe, mert az étvágy csodálatos módon jó szokott lenni. Egyszerre nagyon sok táplálék azonban nem nyujtandó, mert a tágult gyomor nyomást okozhatna a szivre, a mely úgyis nagyon gyengült; a könnyen emészthető táplálék tehát kis adagokban, de gyakran adandó. A többnyire jelenlevő szomjúság enyhitésére bármilyen ital — kivéve a szénsavas vizeket — adható, természetesen nem túlságos mennyiségben. Delirium ellen legjobb a hideg a fejre (Leiter-féle hütőkészülék, jégtömlő), e mellett a test langyos vízzel többször ledörzsölendő; ezen eljárások a láz csillapitása tekintetében is jótékonyan hatnak. Az idegrendszer csillapitására és álom előidézésére legjobb a hyoscin, $^1/_2$ milligrammos adagban a bőr alá fecskendezve. A mirigydaganatok előidézte fájdalom ellen morphium adható, legczélszerübben atropinnal kombinálva. Hasmenés ellen csak akkor kell tenni valamit, ha 12 órán túl tart és a beteget nagyon kimeriti; a hasmenés különben nem szokott makacs lenni, $^1/_2$ grammos salol-adagokra vagy opiumos keményitő-csőrékre rendesen megszünik. Hányás nagyon gyakori, ellene jéglabdacsok, mustár az epigastriumra, morphium és acidum hydrocyanicum veendők igénybe. A láz ellen a rendes antipyretikumok: az antipyrin és phenacetin erős deprimáló hatásuk miatt ne használtassanak; hyperpyrexia esetén egy antipyrin-adag ugyan a bőr alá fecskendhető, de csak végső szükség esetén. Rendesen csak a fent emlitett hideg borogatások a fejre és langyos ledörzsölések, továbbá jeges italok és rövid ideig tartó nedves begöngyölések, végül erős alkoholtartalmú italok a szájon vagy végbélen át használandók a láz mérséklésére. Stimuláló eljárások közül külsőleg mustár a lábszárakra, hasra és szivtájra, továbbá erős szagoltató szerek (ammonia) használhatók; sokszor áll be szüksége az aether-befecskendésnek is; a belső szerek közül különösen az ammonia-készitmények ajánlhatók, továbbá a kámfor, a moschus és a strychnin; a digitalistól nem sok hasznot láttak. Nagyon jó befolyással van szerző szerint az oxygen-belégzés is. A mirigymegnagyobbodásokra a fájdalom csökkentése czéljából belladonna-kenőcs tehető, továbbá meleg borogatások alkalmazhatók; fluctuatio esetén a mirigydaganat megnyitandó és a geny kibocsátása után jodoform-behintés és drainage végzendő. A nagyon gyakran észlelhető vizelet-retentio a katheter alkalmazását teszi szükségessé.

***

Pestis-hirek. Bombayban úgy látszik már javulnak a viszonyok; január 7-dikén a halálesetek száma (49) már túlhaladta az új megbetegedések számát (44). Másrészt azonban Karachi-ban, Povna-ban, Tannaban és Satara-ban fokozódik a járvány, mely Sind tartomány belsejében mind több helyet lep meg.

Úgy hirlik, hogy *Haffkine*-nek a pestis-virus gyengitése által védoltó-anyagot sikerült előállitania; részletesebb hirek erre vonatkozólag azonban még nem érkeztek.

A belügyminister *Raisz Gedeon* dr. közegészségügyi felügyelőt Fiumébe küldötte, hogy a pestis behurczolásának meggátlására az ottani tengerészeti hatóság által tervbe vett óvóintézkedéseket és a veszteg-zári berendezéseket megvizsgálja.

Vegyesek.

Budapest, 1897. február 5-dikén. *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1897. január 17-től 1897. január 23 ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 388 gyermek, elhalt 270 személy, a születések tehát 118 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 2, roncsoló toroklob 2, hökhurut 1, kanyaró 4, vörheny 2, himlő —, typhus abdominalis 2, gyermekágyi láz —, influenza 3, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 18, agyvérömleny 8, rángások 7, szervi szivbaj 16, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 57, tüdőgümő és sorvadás 50, bélhurut és béllob 10, carcinomata et neoplasmata alia 18, méhrák 3, Bright-kór és veselob 3, angolkór 1, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 22, aszkór, aszály és sorvadás 5, aggkór 15, erőszakos haláleset 10. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2347 beteg, szaporodás 642, csökkenés 670, maradt e hét végén ápolás alatt 2319. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1897. január 22-től január 29-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 9 (meghalt 2), himlőben —, álhimlőben —, bárányhimlőben 41 (meghalt —), vörhenyben 17 (meghalt 1), kanyaróban 93 (meghalt 3), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 20 (meghalt 1), trachomában 11, vérhasban —, hökhurutban 34 (meghalt 1), orbánczban 14 (meghalt —), gyermekágyi lázban 2 (meghalt —).

○ **A Belgyógyászok 15-dik congressusát** az idén Berlinben tartják junius 9—12-dikéig Leyden elnöklete alatt. Megbeszélés tárgya lesz: az első napon az *idült izületi csúz orvoslása;* a második napon: az *epilepsia;* a harmadik napon a *Morbus Basedowii.* Ezeken kivül már eddig számos előadás van bejelentve. A congressussal egyidejűleg szokás szerint kiállitás is lesz az újabb orvosi készülékekből, gyógyszerekből stb. A congressus állandó titkára *Pfeiffer Emil* (Wiesbaden, Friedrichstrasse 4.).

— **A magyar stomatologusok országos egyesülete** f. hó 2-dikán tartotta alakuló nagygyülését. Ez országos egyesület létesitését egy Árkövy tanár által mult év szeptember 21-dikére összehivott szükkörü fogorvosi értekezlet határozta el. Alapszabálya a British Dental Association mintájára készült. Az egylet székhelye Budapest, hivatalos nyelve a magyar. Czélja a szakorvosi tudományt s annak segéd ágazatait mivelni, a kari és társadalmi érdekeket és tisztességet védeni és az egész ország fogorvosait e közös czélokra egyesiteni. Az országos egyesületnek a vidéken osztály egyesületei lesznek ott, a hol azt legalább 12 tag kivánja létre hozni. Évenként egyszer nagygyülés tartatik Budapesten. Az egyesületnek eddigelé már számos tagja van úgy a fővárosból mint a vidékről.

— **Herczel** dr., egyetemi m.-tanár új *Fasor-sanatoriumát* (Budapest, VII, Városligeti-fasor 9. sz.) mult hét utolsó felében mutatta be a fővárosi orvosoknak. E belgyógyászati, sebészi és női betegek részére szolgáló magángyógyintézet a lehető legnagyobb kényelemmel a legmesszebb menő hygienei követelmények szerint a tudomány mai álláspontjának minden tekintetben megfelelően van berendezve. Vagyonosabb betegek a kellő és gondos ápolás mellett megtalálják benne mindazon kényelmet, mint bármely külföldi hasonló sanatoriumban: így felállitása a fővárosra nyereségnek mondható, mert a többi jól berendezett sanatoriumainkkal együtt tetemesen hozzájárul ahhoz, hogy hazai jobbmódú betegeink itthon maradjanak és ne külföldön keressék gyógyulásukat.

— **Heller Jakab** dr. fogházorvost az igazságügyminister a mármarosszigeti törvényszék területén az orvosi teendők végzésével bizta meg.

— **Hibaigazitás.** Lapunk mult heti számában a 61. lapon a 34. és 35. sorban „26 beteg közül 20 meggyógyult“ helyett „*26 beteg közüi 24 meggyógyult*“ olvasandó.

—r. **A villamosság alkalmazása az orvosi tudományban** kétségtelenül mindinkább nagyobb tért hódit magának, valamint a diagnostikát úgy a gyógykezelést illetőleg is. Az erlangeni „*Reiniger, Gebbert & Schall*“ czég, mely 20 évi fennállása óta legjobb hirnévnek örvend, 220 oldalra terjedő és 450 rajzzal ellátott *catalogust* adott ki mindazon orvosi czélokra szánt villamossági készülékekről, melyek gyárában előállittatnak. Ezt ingyen osztja ki és belőle legjobb tájékozódás nyerhető azok szerkezete és használatáról. Ezen catalogus *technologikus bevezetése* a villamosság tanának az orvosra nézve fontos részét tárgyalja s annak teljes képét nyujtja rövid kivonatban. Már az egyes fejezetek feliratai mutatják ennek sokoldalúságát, ú. m. I. Galvanisatio és elektrolysis. II. Faradisatio. III. Franklinisatio. IV. Galvanokaustika és villamos endoskopia. V. Akkumulátorok. VI. Villamos fényvezetékek készülékei. VII. Elektromotorok a sebészet számára stb. VIII. Sinuisodalis voltaisatio. IX. Készülékek Röntgen-sugarak számára és X. Különfélék (ozon-fejlesztők, elektromagnesek stb.). Ajánljuk ezen valóban instruktiv catalogust mindazon kartársaknak, kik theoretikus és praktikus téren a villamossággal foglalkoznak.

Negyvenegyedik évfolyam. 7. szám. *Budapest, 1897. február 14.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti k. m. t. egyetem (Réczey Imre ny. r. tanár) II. számú sebészeti kórodájából.

A nyak és a gége sérülésének 6 esete.

Közli: *Boross Ernő* dr., műtő.

Még a kevésbbé művelt néposztály is jól tudja, hogy a nyakon az eléggé felületesen fekvő, könnyen hozzáférhető életfontos szervek, minők a nagy edények, átmetszése folytán bekövetkező rögtöni elvérzések és a gége vagy a légcső megnyitása által beálló fuladás gyors halált idéznek elő. Ez szolgálhat annak magyarázatául, hogy oly sok öngyilkos nagy vakmerőséggel és elszántsággal szolgáltatja ki a nyakát a beretva gyilkoló élének. Kórodánkon rövid idő alatt 6 olyan egyén fordult meg, a kik nyakuk átmetszése által igyekeztek földi létüket megrövidíteni. Az öngyilkos kéz rendszerint haránt vagy kissé ferde irányban szeli át a nyak lágyképleteit, majdnem mindig az Ádám-csutka (prominentia laryngea) magasságában. Az öngyilkosok majdnem kivétel nélkül átmetszik a szakcsont és a pajzsporcz között elterülő membrana hyothyreoideát, a mely metszés oly mélyre terjedhet, hogy a bárzsing is megnyilik, sőt a nyaki csigolyák is megsérülnek. *Schüller* 48 olyan esetet közöl, hol a bárzsing is a sérülés keretébe esett, s ezen 48 sérült közül csak 6 halt meg. *Durham* (Holmes System II. kötet) 158 olyan esetet közöl, hol az öngyilkos szándékkal ejtett seb közül 11 a szakcsont fölött volt, 26 a gyűrűporcz és a pajzsporcz között, 35 a pajzsporczon, 41 a légcsövön és 45 a szakcsont és a pajzsporcz között hatolt át a mélybe (*Druitt.* A sebészet kézikönyve). Szerencsére a beretva élének rövidsége folytán az oldalt fekvő s a prominentia laryngea magasságában a fejbiczentő izom által is jól eltakart nagy edények csak felette ritkán sérülnek meg. Valamennyi esetünkben a szakcsont és a pajzsporcz magasságában ejtette az életunt a harántirányú metszést. S bár a metszések elég mélyre terjedtek, a nagy edények és az azokat fedő rugalmas fejbiczentő egyszer sem sérült meg. Minden egyes esetünkben előzetesen végzett tracheotomia után részint catgut, részint selyemfonállal egyesitettük a sérült porczseb felületeit. A porczfelületek egyesítése után a bőrsebet varrtuk össze selyemmel. A sebvonal közepi, két esetben pedig annak széli részén keskeny jodoform-gaze csíknak rést engedtünk. Tápsondát egy esetben sem alkalmaztunk s a sérülteket mégis már az első napon folyékony tápanyagokkal tápláltuk. A beszédzavarok, rekedtség néhány napi fennállás után teljesen megszüntek. Egy esetben a légcsőcsapot (canulet) a sérülés utáni 2-dik hét végén hagytuk el.

A kilenczvenes években a nyak sérüléseire vonatkozó egyik közleményben azt olvassuk, hogy mindazon esetekben, midőn a légcső vagy a gége át van metszve, a szétválasztott porczfelületeket összevarrni nem szabad. A közlemény ezt azzal indokolja, hogy a varrás daczára is belülről lég hatolhat a sebbe s a kötőszövet emphysemáját hozná létre, másrészt félő, hogy a varrás helyén heges összenövés keletkezik, a mi légcsőszűkületre adna okot. Helyesebb — úgy mondja a közlemény — tehát sarjadzás általi gyógyulásra bizni a sebet s a légcső nyilását nem egyesiteni. Hogy mennyire nem komolyan fogja fel a közlő ezen állitását, mutatja az, hogy 6 sorral később már a következőket állitja „Még sokkal complicáltabb lehet az eset az által, ha a légcső és a bárzsing is át van metszve; ilyenkor még azon veszély is járul a többiekhez, hogy a bárzsingból fertőző anyagok jutnak a légutakba, s hogy esetleg a bárzsingban is hegek s ennek következtében szűkületek maradnak vissza, minek elkerülése czéljából egyesítjük a bárzsingot finom catgut-varrattal". A közlés szerint tehát a gége és a légcsőben akkor keletkezik nagy heg és ennek folytán szűkület, ha a porczot varrattal egyesítjük; a bárzsingban pedig akkor, ha azt nem egyesítjük varrattal. Miután a sebek kezelésénél prima intentióra törekszünk s azt is tudjuk, hogy mindenféle sebzésnél a sarjadzás s a hegképződés csak egyfélekép megy végbe (t. i. mennél jobban tátongnak a sebszélek, annál több sarjszövet szükségeltetik a hiány kitöltéséhez, s minél több sarjszövet pótolja az eredetit, annál terjedelmesebb heg marad vissza): ezért minden esetünkben egyesitettük a porczot, hogy így közelítve a sebfelületeket, kevés sarjképződése folytán csak kis heget kapjunk. Szűkület eddig még egyik esetünkben sem keletkezett. *König* s más sebészek is ellenzik ugyan a porczfelületek egyesitését egyes esetekben, de más okokból. Így König azt állitja, hogy egyrészt bőr-emphysema jöhet létre, másrészt a porczfelületek nem pontos összeillesztése által légzési akadályok támadhatnak, megjegyzi azonban, hogy az esetben, ha az átvágott porczfelületek erős tátongása folytán, az elvált részek között nagy hézag támad, épen *a szükületek kikerülése* czéljából a porczok egyesitését *okvetlen szükségesnek* tartja. Hogy milyen complicatiókra ad alkalmat az és milyen fokú szűkületek támadhatnak, ha a porczokat nem egyesítjük, álljon itt illustrásképen az *Eiselsberg* königsbergi sebésztanár által csak nem régen közzé tett következő eset: *Eiselsberg* légcső resectiót volt kénytelen végezni egy olyan esetben, midőn az orvos az átvágott porczokat nem egyesitette s a sarjadzás által támadt heges szűkület következtében a beszédre egyáltalán képtelen beteg 6 hónapon át csak canüle-lel volt képes lélegzeni, mig Eiselsberg végre műtéttel könnyitett a beteg súlyos helyzetén. Miután Eiselsberg a légcsőből egynehány porczot eltávolitott s a *tátongó légcsőporczokat catgut-varrattal egyesítette*, a beteg már a műtét utáni 10-dik napon jól beszélt s nehány hét mulva canule nélkül lélegzett.

Az eset röviden a következő: 39 éves egyén öngyilkossági szándékból vágta át a nyakát beretvával. A sérülés alkalmával csupán a bőr egyesittetett selyemfonállal. Ötödnapra már légzési nehézségek léptek fel a betegnél, úgy hogy tracheotomiát végeztek rajta. Az ekkor alkalmazott canulet a beteg kénytelen volt állandóan viselni addig, mig végre *Eiselsberg* nem segitett a betegen narcosis mellett végzett következő operatióval. A bőr lepraeparálása és ajtószárnyszerű visszacsapása után, lefejtette a heges szövetbe benőtt szűkült légcsövet, majd a légcső alsó részéből 1·5 cm. hosszú, a felső trachealis végből pedig 2 cm. hosszú részt távolitott el. A légcső erősen visszahúzódott két végét csak a fejnek erős előrehajtása által volt képes összehozni és catgut-varrattal egyesiteni. A légcső hátsó falán belső, a mellső falon külső az összes rétegeken áthatoló csomós varratokat, végre az egész légcső körül circularis varratot alkalmazott. A visszacsapott bőrlebenyt végül szűcsselyem-varrattal egyesitette. A műtétet megelőzőleg prophylactice laryngotomiát végzett és a készitett nyiláson át a resectio helyén is túlérő canulet vezetett. A műtét utáni 4-dik napon a beteg szűkebb

canulet kapott. Tíz nap mulva a beteg jól beszélt. A műtét utáni 8-dik héten a beteg gyógyultan hagyta el a königsbergi kórodát. (Deutsche med. Wochenschrift, 1896. 19.)

Hasonló esetet közöl *Noll* (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XXVII.) — Húsz esztendős munkás nyakkendőjét elkapta a transmissiós rúd, a kendő összecsavarodása folytán támadt erős strangulatio következtében, a cartilago thyreoidea és cricoidea törésén kivül, a légcső is leszakadt a gégéről. A fuldoklón tracheotomiát végeztek, a levált és a jugulum felé erősen visszahúzódott légcsövet azonban nem varrták oda a gégéhez. A sérülés után 3½ hónap mulva képződött nagy terjedelmü hegszövet olyan fokú szűkületet okozott, hogy a még fennálló légcsősipoly nyilásának elzárásakor a beteg levegőt aspirálni nem volt képest, Noll a gégenyilás bemenetét teljesen elzáró heget galvanokauterrel roncsolta el. Gluck és Zeller (Archiv für klinische Chirurgie Bd. XXVI.), Küster ösztökélése folytán pedig Colley (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XL.) kutyákon eredményesen egyesitették — az összes porcrétegeken áthatoló circularis varratokkal — a harántul átmetszett légcsőporczokat. Az egyesülés prima volt; elhalás a porczokon nem következett be.

Ezen esetekből azon tapasztalatot meríthetjük, hogy ha a porczfelületeket nem egyesitjük, nemcsak azon veszély fenyegeti a beteget, hogy a nagy heg folytán szűkület keletkezik a gége vagy a légcsőben, de heges összenövés is jöhet létre a bőr és az átmetszett porczfelületek között.

A gége vagy a légcsőben támadt szűkületekre nézve Virchow Archivumának 1889. évfolyamában a következőket olvashatjuk:

A tényleges légcsőszűkületek okát a *lobos sarjadzásos folyamatokban*, midőn *a sarjadzás túlburjánzásba* megy át, továbbá a légcsőporczok hibás állásában s az átvágott porczok ellentállási képtelenségében találjuk. A légzésnél ugyanis az átmetszett porczok inspiratorikus behúzódása jön létre. Mindezen tapasztalati tények azt bizonyitják, hogy a gége vagy a légcső sérüléseinél a szétválasztott porczfelületeket okvetlenül egyesiteni kell és igy az itt következő 6 esetünkben helyesen jártunk el, midőn a porczfelületeket egyesitettük a bekövetkezhető szűkületek elkerülése czéljából, mit a lefolyás is igazolt.

Majdnem tökéletesen identikus 6 esetünk következő:

I. Sz J. éjjeli őr öngyilkossági szándékból vágta el a nyakát beretvával 1895. évi október 4-dikén. A szakcsont és a pajzsporcz közötti tér magasságában a nyak összes lágyképleteit nevezetesen a bőrt, bőr alatti kötőszövetet, a musculus sternohyoideust, hyothyreoideust, továbbá a ligamentum hyothyreoideumot kissé ferdén futó mintegy 15 cm. hosszú, 6 cm.-nyire tátongó éles, ép szélü, erősen vérző, folytonossághiány szakitja meg, mely a mélyben az epiglottis gyökét egész terjedelmében, horizontális sikban választja ketté, úgy hogy a gége bemenete a hangréssel együtt felülről szabadon látható. A ferdén futó bőrmetszés a sternocleidomastoideusok medialis széléig ér; a mélyben a nagy edények hüvelyét s az idegeket is érintetlenül hagyva a pharynx oldalsó falára folytatódik s azt mindkét oldalt mintegy 1·5 cm.-nyire bemetszi. A metszés következtében a cartilago thyreoidea felső mellső széle és az os hyoideum oldalsó szarva is megsérült. A sebből származó bő vérzés, a gége bemenetét elzárva, fuladással fenyegeti a beteget, ezért előzetes vérzés csillapitás után tracheotomiát végeztünk. A beteg kimerültsége következtében a további beavatkozást másnapra halasztottuk.

A zúzott lágyképletek eltávolitása után egyrészt a garat oldalsó bemetszett falai, másrészt a szakcsontkörüli lágyrészek a pajzsporcz felső szélével csomós, catgut-varratok által egyesittettek: ezáltal a gége sebe elül és oldalról teljesen elzáratott. A bőrt 3—3 selyemvarrattal egyesittettük, a széli részeket nyitva hagytuk s ezekbe jodoformgazet vezettünk be. A beteg már a műtét napján folyékony táplálékot volt képes nyelni. A beteget mindennap friss kötéssel láttuk el s a canulet is naponta kitisztitottuk. Az alkalmazott kötés a fej mellfelé tartását is biztositotta.

Október 23-dikán a beteg már pépes ételekkel táplálkozott. November 8-dikán a légzés már a rendes úton történt; de a légcsőcsapot a sebben benhagytuk, csupán a külső nyilást tömtük el. November 20-dikán a canulet végkép elhagytuk.

II. S. J. borbély hasonlóan öngyilkossági szándékból metszette el a nyakát beretvával s 1895. október 14-dikén éjjel a következő állapottal szállittatott kórodánkra:

A 10 cm. hosszú, a test hossztengelyére teljesen harántirányban futó éles, ép szélü metszés a szakcsont és a pajzsporcz közötti tér magasságában hatol a mélybe, leválasztva a gégefedőt a pajzsporcztól, a két fejbiczentőt, az edényeket és az idegeket azonban hüvelyükben sértetlenül hagyta. A metszett seb kiindulási s végpontját a két fejbiczentő medialis széle képezi. A felső és az alsó mintegy 4—5 cm.-nyire tátongó sebszélből bő vérzés van jelen, különösen visszeres. Előzetes vérzéscsillapitás után tracheotomiát végeztünk. Ez esetben a gégefedőt hozzávarrtuk a pajzsporczhoz selyemfonállal, valamint a garat szétvált részeit is egymáshoz. A bőrsebszél csak két oldalt lett egyesitve, mellől a rést jodoformgaze-zel tömtük ki. A beteg a műtét napján folyékony anyagokkal lett táplálva. A műtét utáni 10-dik napon már pépes ételeket (tejbe főtt rizst és darát) is képes volt nyelni.

November 1-én ablakos canulet kapott a beteg s lassankint kényszerítettük a beteget a légcsőcsap külső nyilásának betömése által a rendes úton lélegezni. Deczember 25-dikén a canulet végkép elhagytuk.

Ez esetben a gyógyulás lassabban haladt előre, a mit a gyenge beteg magasabb korának lehet tulajdonítani. Ezen két beteget *Irsai Arthur* m.-tanár gégetükörrel megvizsgálta és a nyert tükörképet a következőkép irja le: Az első betegnél a gégefedő kissé a jobboldal felé felhúzott, a bal álszalag kissé rögzitett s a phonatio csak akként jön létre, hogy a hangszálag a median vonalon túl is hajlik a phonatiónál. A pharynxban hegedés nyomai nem láthatók. A második esetben a gégetükri lelet a gégében elváltozást nem mutat s csak annyiban érdekes, hogy a beidegzett gégefedő nem emelkedik oly magasra, mint azt rendesen látni szoktuk. Mindkét esetben legfőképen érdekes azon körülmény, hogy az alapjától teljesen leválasztott gégefedő ismét pontosan tapadt le rendes helyére s a nyelésnél teljesen fedi a gégét.

III. K. J. 48 éves kovács öngyilkossági szándékból vágta át a nyakát beretvával 1896. julius 3-dikán. A nyak lágyrészeit, a pajzsporcz és a szakcsontot áthidaló ligamentum hyothyreoideumot ketté választja egy kissé ferde irányban jobbról felülről le és bal felé a két fejbiczentőt összekötő mintegy 12 cm. hosszú metszés. Az ép, sima szélü metszés az edényeket és az idegeket nem sérti, de a cavum pharyngolaryngeumot. Csekély vérzés a mintegy 5 cm.-nyire tátongó folytonosság megszakitásból.

Vérzés csillapítás és előzetes tracheotomia után a szétvált részeket hasonlókép selyemfonállal egyesitettük. A beteg még az nap folyadékot volt képes nyelni. A műtét utáni 4-dik napon a beteg jól beszél, a 12-dik napon bedugott canulelel is képes volt lélegzeni. A 4-dik hét végén gyógyultan távozott a kórodából.

IV. P. András napszámos 1896. julius 25-dikén beretvával vágta át a nyakát s a következő állapottal hozták a mentők kórodánkra:

A pajzsporczot és a szakcsontot áthidaló membrana hyothyreoideát is ketté választó körülbelül 10 cm. hosszú 3 cm.-nyire tátongó éles, ép és sima szélü folytonosságmegszakitás hatol a mélybe, a fejbiczentőt, az edényeket és idegeket azonban érintetlenül hagyta. Tracheotomia, a szétválasztott porczfelületek egyesítése selyemvarratokkal. A beteg már augusztus 8-dikán canule nélkül hagyta el a kórodát.

V. Sz. András 23 éves közhuszár. Szerelmi bánatában vágta el a nyakát és az alkaron az orsóütőeret 1896. szeptember 22-dikén.

A nyakon a szakcsont és a pajzsporcz közötti tér magasságában egy 10 cm. hosszú 15 cm.-nyire tátongó, vízszintesen futó éles, ép és sima szélü folytonosságmegszakitás választja szét a lágyrészeket, a gégefedő gyöki részét pedig egész terjedelmében vízszintes síkban választja le a pajzsporcztól. Beteg nehezen légzik, beszélni nem tud.

Tracheotomia superior. A membrana hyothyreoidea 6 catgut-varrattal egyesittetett, a gégefedő nyélczéje pedig egy catgutvarattal erősitetett az incisura thyreoidea superiorhoz. Izom és bőrvarrat után fedőkötéssel ugyanazon napon a 16. számú helyőrségi kórházba lett szállitva.

VI. B. Gyula 30 éves kovács 1896. október 15-dikén bevarrt bőrsebbel hozatott kórodánkra a következő állapottal:

A nyak mellső részén a pajzsporcz magasságában körülbelül 7 cm. hosszú, kissé ferdén futó selyemvarratok által egyesitett sebvonal volt látható, melyen keresztül egy kis területen levegő áramlott. A varratokat kiszedve, azt láttuk, hogy a metszés a mélybe hatolva a m. sternohyoideust és hyothyreoideus-t horizontalis síkban ketté választja. A fejbiczentők, nyaki edények és idegek sértetlenek. A légzés kissé vontatott, mérsékelt ütőeres és visszeres vérzés. Másnap tracheotomia. Selyemmel egyesitettük a szétválasztott porczfelületeket. Bőrvarrat és fedőkötés.

Október 24-dikén a beteg canule nélkül is jól légzik s ezért a canule elhagyatott. November 2-dikán a beteg behegedt sebbel gyógyultan távozott.

A leirt kóresetek alapján a therapiára vonatkozólag a következő conclusiókra jutunk. A nyak lágyrészeinek, gége-, légcső-, bárzsingnak sérüléseinél, előzetes vérzés csillapitás után tracheotomiát végezzünk. A tracheotomiát nemcsak súlyos fuladási, asphyctikus tünetek jelenléténél kell, hogy végezze a segélyt nyujtó orvos, de minden esetben, ha a nevezett szervek bármelyike van sértve, mert a később beállani szokott vérömlenyek, a gége vizenyője vagy a glottis körüli szövetekben hirtelen fellépő lobos duzzanat rögtöni veszélyeket vonhat maga után s a légutak rohamos elzáródása folytán a sérült nehány másodpercz alatt megfuladhat. A tracheotomiáról, mint az életmentő műtétek egyikéről, már a hatvanas években *Hans Locher* egyik ünnepi beszéde alkalmával azt mondja: „a tracheotomiát épen úgy, mint herniotomiát minden segélyt nyujtó orvos kell, hogy végrehajtani bizton tudja, a minek tudatában azután a veszély pillanatában a helyzet urává váljék. (Ueber die Bedeutung und Stellung der Tracheotomie und Herniotomie auf dem Gebiete des ärztlichen Wirkens, Denkschrift 1860.)

Az emberiségnek azon jóltevője — hogy *Malgaigne* szavaival éljek —, a ki a nyak sérüléseiből kifolyólag, az orvostudomány fegyvertárát a tracheotomiával gazdagitotta, *Nicolaus Habicot* volt. Habicot már 1550-ben a párisi „Hotel Dieu"-ben 4 esetben végzett sikerrel tracheotomiát. Három esetben a nyak sérülése folytán, egy esetben idegen test volt a gégében. (Langenbeck Archiv für Chirurgie Bd. 36.).

A tracheotomia után (újólag szükségesnek tartom felemliteni), a bőr egyesitését megelőzőleg, az átvágott gége, légcső, bárzsing, catgut avagy selyemmel, de okvetlenül egyesittessék.

Közlemény a Tauffer Vilmos tanár vezetése alatt álló II. szülészeti és nőgyógyászati klinikáról.

A magas fogóról, különös tekintettel a szűk medenczékre.

Közli: *Tóth István* dr., egyetemi tanársegéd.

(Folytatás.)

Tekintsük, mi volt az oka, hogy ezen esetekben rendes medencze mellett nem tudott átjutni a fej a medenczén?

A fej tartása 2 esetben nem volt rendes: 1 homlok-, 1 arcztartás; mindakettő oly rendellenesség, a mely mellett a fejnek a medenczén való áthaladása nehezitett.

Elégtelen szülőtevékenység játszik szerepet a fenti 41 éves I P.-nál, a hol a hosszú tágulás alatt kimerült atonikus méh nem volt képes a fejet a medenczén áthajtani. Ugyancsak elégtelen a méh működése a 3., 8. s az 1. sz. esetben, a mely utóbbinál az ikerterhesség okozta a méh atoniáját.

A 2., 5., 7., 9. sz. esetben a magzat igen erős, túlfejlettsége relativ téraránytalanságot teremtett fej és medencze között, ez esetek tehát hasonló elbirálás alá esnek, mint a szűkmedenczés szülések; 61, 57, 61, 56 cm. hosszú magzatokkal volt dolgunk, közte 2 magzat 5500, illetőleg 5940 gm. súlylyal (e két utóbbi magzatot oly mély algid asphyxiában hoztuk világra, melyből felélesztenünk nem sikerült).

Az egyik ily esetnek álljon itt részletes szülési története:

7. sz. H. I.-né. 1893. (Plk. 1090. sz.) november 21-dikén reggel 6 órakor a bába a szülőnő türelmetlensége miatt hivja a poliklinikum segélyét.

37 éves, IV P. rendes. November 20-dikán este 10 óra óta vannak szülőfájásai, magzatvize 21-dikén reggel 1/2 5-kor folyt el. A szülőnő erősen fejlett, elhízott; medencze méretei: sp. 27, cr. 30, conj. ext. 21 cm. Külső vizsgálatnál a magzatot I. koponyafekvésben találjuk; belső vizsgálatnál: 4 ujjnyi méhszáj vastag szélekkel, a medencze bemenet fölött mérsékelten mozgatható fej, a méhszáj ellenállása folytán képződött kis fejdaganat. Szülőnő láztalan, fájások gyakoriak, erélyesek. Beavatkozásra ok nincs.

D. u. 3 órakor erős szülőtevékenységnek daczára a fej még mindig nem jött át a medencze bemeneten, de arra erősen rá van nyomva, nagy fejdaganat képződött. Méhszáj tünőfélben.

Szülőnő igen nyugtalan ugyan, de hőmérséke és érverése rendes. Újabb 3 órai észlelés után sem constatálható a szülés haladása és a hőmérsék 38·5 C°-ra, P. 120-ra emelkedik. Méhszáj tünőfélben, fej állása ugyanaz, fejdaganat növekedett, magzat szívhangjai jók.

12 órán át észleltük tehát a szülést a nélkül, hogy a fej előrehaladott volna, másrészt hőemelkedés lépett fel, így a szülés gyorsítása, befejezésének szükségessége lép fel. A fordítás ily körülmények között veszélyes, sőt alig kivihető volt volna, s így az élő magzat perforálásán kivül egyedül a magas fogó által fejezhetjük be a szülést.

Chloroform-narcosisban vezetjük fel a Tarnier-féle fogót a haránt átmérőben alkalmazva az ugyanazon átmérőben álló fejre s néhány erős húzással sikerül a fejet lehoznunk s kifejtenünk; a fej I. koponyafekvés mechanismusa szerint született meg, *forgását végezvén a fogóban.*

A megszületett fejnél fogva a rendes módon igyekeztünk a törzset kihúzni, de az ellenállás legyőzhetetlen; a hónaljba akasztott ujjal sem vagyunk képesek a törzset kifejteni, tehát kénytelenek vagyunk a nyak mellett felmenni az egyik karért, s azt, bár a felkarcsont törése árán is, lefejteni; ezután erélyes húzásokra végre sikerült a magzat világra hozatala. A mély asphyxiából nem sikerült a magzatot felélesztení. Az újszülött fiú hossza: 61 cm., súlya 5500 gm., vállak szélessége 20·5 cm, mellkas körfogata a hónalj alatt: 41 cm., karokkal együtt 45 cm.; az egyik czomb körfogata 21 cm.; a fej kerülete 38 cm., egyenes átmérője: 13 cm., kis ferde: 11·5 cm., nagy ferde: 15·0 cm.; bitemporal átmérő 9·0 cm., biparietal 10·0 cm. A fogó kanalai az egyenes átmérő irányában feküdtek az I. koponyafekvésben álló fejen.

A lepényi időszak rendesen folyt le. Láztalan volt a gyermekágy is.

A nő azóta 1 izben abortált, s újból terhes. Az elhúzódó szülést, a törzs kifejtésének nehézségét rendes medencze mellett magyarázza a magzatnak (a fenti adatok szerint látható) *rendkivüli fejlettsége.*

A műtétet indikálta:

3-szor: fájdalomgyengeség, hosszú kitolás mellett a magzat veszélye. (2 élő, 1 halott magzat.)

5-ször: hosszú kitolás alatt az anya kimerülése; közte 4 lázas szülőnő. (3 élő, 2 halott magzat.)

2-szer: cervix kinyulás, ruptura veszélye. (2 élő magzat.)

Összesen élő magzatot nyertünk 7 esetben, halottat 3 esetben, ezek közt van a 2 fenti colossalisan fejlett magzat, kik a rendkivül nehéz extractio alatt haltak el, illetőleg váltak asphyktikusakká; ugyancsak asphyxiában született a magzat a 3. sz. esetben is, felélesztenünk nem sikerült.

A III-dik időszak rendes volt 7 esetben, kis atonia követte 1 esetben, nagy atonia miatt tamponálni voltunk kénytelenek a méhet a 3-dik számú I P.-nál, a kinél 39·8 C° T., 112 P. mellett a méh atoniája feltétlen indicatióját adta a műtét befejezésének; egy esetben (1. sz. iker, lásd később részletesen) a lepényi időszakot egy második műtét, fordítás, előzte meg.

A gyermekágy láztalan 8 esetben (80%), lázas (ulcus) 2 esetben (20%).

Mindezen adatok bővebb taglalásába az összes esetek áttekintése után bocsátkozunk.

II. csoport:

Magas fogó szűk medenczénél. (Lásd a 78. és 79. oldalon levő táblázatot.)

Összesen 24 esetben fejeztük be a szülést magas fogóval *szűk medencze* mellett, 7-szer a klinikán, 17 izben a poliklinikumban.

I P. volt 2; az egyiknél (24. sz.) ecclampsia miatt láttuk indikáltnak a szülés gyors befejezését s eltünt méhszáj mellett a bemenetben beékelt fejre tettük a magas fogót; a magzat élő; a műtét nagy gátrepedéssel járt, a gyermekágyas az első naptól kezdve lázas s a 8-dik napon sepsisben meghal. (Egyetlen letalis eset.) A másik esetben az anya kimerülése (15 órai kitolás után) indikálta a fogó műtétet, ez esetben a 10 1/4 conj. diag.-sal biró lapos medenczén át egy 58 cm. hosszú, 4100 gm. súlyú élő magzatot fejtettünk ki; gyermekágy láztalan.

A többi 22 esetben M P-val volt dolgunk, de szemben a rendes medencze mellett végzett magas fogó műtéteink adataival, itt már ritkábban találkozunk számosabb előző szüléssel, így a 24 között 6 van, a ki csak másodszor szülő (ezek között 3 esetben művileg fejezték be az első szülést is), s csak egy egyén van, a ki XIV., illetőleg XV-ször szült előzőleg s ennek mindkét utolsó szülésénél (17. és 23. sz.) magas fogóval kellett a szülést befejeznünk a magzat veszélye, illetőleg fenyegető méhrepedés miatt.

Érdemesnek találom ugyanazon egyén e két szülésének rövid történetét adni.

17. sz. S. J. (1893. Plk. 534. sz.) 39 éves XV. P. ezek közül 5 orvosi segélylyel. Junius 15-dikén este kezdődnek szülőfájásai, néhány óra mulva elfolyik magzatvize s erélyes szülőfájások között vajudik, a míg 16-dikán d. u. 1 órakor fájásai teljesen elmaradnak; a bába d. u. 1/24 órakor kéri a poliklinikum segélyét.

Erősen tágult has, koponyafekvés, jó magzati szívhangok, rendes hőmérsék és pulsus; medencze külső méretei sp. 25 c. 27·5 c. e. 18 cm. Szeméremrésben egy kis almányi duzzadt, oedemás képlet: a becsipett, duzzadt mellső méhajk; a méhszáj többi részletén egy ujjnyi széles karima. Fej a bemenetben beékelődve, de még kimozdítható, nyilvarrat közel a jobb ferdében, kemény koponya, diónyi fejdaganattal. Feltünően alacsony medencze, conj. diag. 11 1/2 cm. Tekintve, hogy a magzatvíz már körülbelül 16 óra előtt folyt el, hogy a szülőfájások már 3 óra óta elmaradtak, s hogy a becsipett s duzzadt mellső ajk usuratiójától tarthatunk, egy XV-ször szülőnőnél nem látszik czélszerünek a szülést továbbra is magára hagynunk s így, miután a fordítás ily viszonyok között alig jöhet szóba is, magas fogót alkalmazunk. A medencze rendkivül alacsony volta mellett alkalmasnak látszik a Naegele-féle közönséges üregi fogó is. Erélyes húzásra keresztül jut a fej a bemeneten s a fogóban végezve forgását a rendes koponya fekvéses mechanismus szerint fejthető ki.

A magzat igen erősen fejlett: hossza 52 cm., fejkerülete 38 cm. A lepényi időszak rendes; gyermekágy láztalan.

13 hó mulva a nő XVI. szülésénél ismét kérik a poliklinikum segélyét.

Pár nap előtt kezdődtek a szülőfájások, magzatvize 24 óra előtt folyt el; lógó has, köldök és symphisis között contractiós gyűrű, méh

Magas fogó szük medenczénél.

Sorszám	Év, fejlap száma	Név, kor	Hányadik szülés? Előző szülések	Vajudás tartama	Magzatvíz elfolyása	Medencze	Fej állása	Méhszáj	Indicatio	Műtét	Magzat	Lepényi időszak	Sérülés	Gyermekágy	Megjegyzés
11.	1880. Plk.	N. N. ?	III P., I P. perforatio, II-dik fejről lábrafordítás, halott magzat	?	?	Lapos	I. kf., fej a bemenetre reányomva	Eltünt	Cervix kinyulás	Tarnier-féle fogóval	*Élő*, jól fejlett	Rendes	—	Láztalan	—
12.	1880. Plk. 603.	K. F. 23 éves	II P., I P. forceps	Több mint 2 nap óta	Több mint 2 nap előtt	24, 26, 17·5, *conj. d. 10·0 cm.*, lapos	I. kf., a bemenetben harántul rögzítve	Tünőfélben, oedemás mellső ajk	Fájdalom gyengeség, bűzös magzatvíz, magzat veszélye	Breus-féle fogóval	*Élő*, jól fejlett	Rendes	—	Láztalan, bűzös folyás	—
13.	1892. K. 340.	G. M. 24 éves	III P. rendesek	31 óra	12 óra előtt 4 ujjnyi méhszáj mellett	23·5, 25·5, 18·0, *conj. d. 11 cm.*, általánosan szük, lapos	I. kf., a bemenetre nyomva, Naegele-féle obliquitas	Eltünt	Cervix kinyulás	Breus-féle fogóval, majd kimeneti fogóval	*Élő* leány, 54 cm., 3400 gm., bitemp. 8·5, bipar. 10·0 cm.	Rendes	—	Láztalan	1896. (49. fsz.) üregi forceps
14.	1892. K. 442.	D. M. 25 éves	III P. rendesek	26 óra	10 óra előtt tünőfélben levő méhszáj mellett	24, 27, 17·5, *conj. d. 11 cm.*, általánosan szük	I. kf., a medencze bemenetben harántul bekékelve, nagy fejdaganat	Tünőfélben	Cervix kinyulás	Breus-féle fogóval	*Halott* fiú, 54 cm., 3300 gm., 36 cm., bitemp. 8, bip. 9	Atonia, *uterus tamponade*	Méhszáj j. oldalon berepedt	3-szor 38·4° C.-ig emelkedő T. IV. naptól láztalan	Magzati szívhangokat már 5 órával előbb nem halottunk, de fejdaganat volt
15.	1892. Plk. 365.	N. M. 32 éves	V P., közte 1 forceps, a többi is nehéz szülés	?	6 óra előtt	23, 26, 19, *conj. d. 11 cm.*, általánosan szük	I. kf., a bemenetben rögzítve, nagy fejdaganat	Tünőfélben, mellső ajk oedemás	Hosszú kitolás, anya kimerülése	Breus-féle fogóval	*Élő* leány, 52 cm., 37 cm.	Rendes	—	Láztalan	—
16.	1892. Plk. 981.	W. J. 36 éves	VI P., 1 élő gyermek, 2 halott, 2 abortus	Több mint 3 napja	80 óra előtt	22, 27, 19, *conj. d. 11·5 cm.*, rachitikus, általánosan szük	I. kf., a bemenetre nyomva, kis fejdaganat	Bőven 4 ujjnyi	Bűzös magzatvíz mellett cervix kinyulás	Breus-féle fogóval, majd kimeneti fogó	*Élő*, 52 cm., 38 cm., bitemp. 9·5, bipar. 10·5	Atonia, *uterus tamponade*	Méhszáj mindkét oldalon mérs. berepedt	Láztalan	*Előző fordítási kisérlet*
17.	1893. Plk. 534.	S. J. 39 éves	XV P., 5-ször orvosi segélyyel	20 óra	16 óra előtt	25, 27·5, 18·0, *conj. d. 11·5 cm.*, feltünően alacsony, lapos	I. kf., a bemenetben harántul rögzítve, fejdaganat	Tünőfélben, mellső ajk becsipett, oedemás	Fájdalom gyengeség, hosszú kitolás, magzat veszélye	Egyszerű hosszabb Naegele-féle fogóval	*Élő*, 52 cm., 38 cm., bitemp. 9·5 cm.	Rendes	—	Láztalan	Egy év mulva ismét magas forceps, lásd 23. sz. esetet
18.	1893. Plk. 1105.	P. F. 28 éves	II P. spontan halott magzat	48 óra	12 óra előtt	25. 28, 18, *conj. d. 11 cm.*, általánosan szük	II. kf., fej a bemenetre reányomva, Naegele-féle obliquitas	Eltünt	Cervix kinyulás	Tarnier-féle fogóval	*Élő* leány, 50 cm., 35·5 cm., halántékon nagy impressio	Rendes	—	Láztalan	Lásd részletesebb leirását
19.	1894. K. 35.	S. K. 29 éves	III P. rendesek	21 óra	12 óra előtt, 3 ujjnyi méhszáj mellett	24, 26·5, 18, *conj. d. 11 cm.*, általánosan szük	I. kf., fej a bemenetre reányomva, Naegele-féle obliquitas	Bőven 4 ujjnyi oedemás szélekkel	Cervix kinyulás, kifejezett contractiós gyűrű. T. norm., p. 104	Tarnier-féle fogóval	*Élő* fiú, 53 cm., 3400 gm., 37 cm., bitemp. 8, bipar. 9·5	Rendes	—	1-szer 38·8 C°, rendes	—
20.	1894. K. 77.	G. J. 28 éves	III P., I P. abortus, II P. spontan élő	34 óra	26 óra előtt	23·5, 26·5, 17·5, *conj. d. 11 cm.*, általánosan szük	II. kf., a bemenetre harántul reányomva	Tünőfélben, a mellső ajk becsipett	Cervix kinyulás, contractiós gyűrű	Tarnier-féle fogóval	*Élő* fiú, 54 cm., 3150 gm., 34 cm., bit. 7·5, bip. 9·0	Mérsékelt vérzés	Hüvelyi zúzódások	15 napon át lázas, ulcus, kis exsudatum	—
21.	1894. K. 221.	K. A. 21 éves	I P.	24 óra	23 óra előtt	26·5, 29·5, 19·5, *conj. d. 10·25 cm.*, lapos	II. kf., fej a bemenetre ferdén reányomva	Eltünt 15 óra előtt	T. 38·3° C., p. 110, 15 órai kitolás, anya kimerülése	Hosszabb Naegele-féle fogóval	*Élő* fiú, 58 cm., 4100 gm.	Rendes	2 cm. gátrepedés, hüvelyi zúzódások	Láztalan	—

Sorszám	Év, fejlap száma	Név, kor	Hányadik szülés? Előző szülések	Vajudás tartama	Magzatvíz elfolyása	Medencze	Fej állása	Méhszáj	Indicatio	Műtét	Magzat	Lepényi időszak	Sérülés	Gyermekágy	Megjegyzés
22.	1894. Plk. 186.	B. L. 27 éves	VII P., mind nehéz szülés, közte 2 forceps	24 óra	20 óra előtt	27, 28·5, 19, *conj. d. 10·5 cm.*, rachitikus, lapos	I. kf., a bemenetre reányomva, nagy fejdaganat	Eltünt	T. 38·0 C°, p. 120, kinyult cervix, kifejezett contractiós gyűrű	Tarnier-féle fogóval	*Élő*, 54 cm., 37 cm.	Profus vérzés miatt lepénylevá-lasztás	—	Láztalan, rendes	—
23.	1894. Plk. 346.	K. F. ?	VIII P., mind spontan, 3-szor halott magzat	36 óra	1 óra előtt	25·5, 28·5, 18·5, *conj. d.* ? általánosan szűk	I. kf., a bemenet felett mozgatható	Eltünt	Köldökzsinór előesés, eredménytelen repositio kisérlete	Breus-féle fogóval, kétszer alkalmazva, először csúszott	*Halott* (asphyctikus), 55 cm., 35 cm.	Rendes	—	Láztalan	—
24.	1894. Plk. 724.	S. J. 40 éves	XVI P., 6-szor orvosi segélylyel, utolsó magas fogóval	5 nap óta	24 óra előtt	25, 27·5, 18, *conj. d. 11·5 cm.*, igen alacsony, lapos	I. kf., fej a medencze bemenetben, nyilvarrat közel a jobb ferdéhez	Tünőfélben, mellső ajk becsipett, oedemás	Cervix kinyulás, contractiós gyűrű	Olshausen-féle fogóval	*Élő*, jól fejlett fiú, nehány nap mulva meghalt(?)	Rendes	—	Láztalan	Előbbi szülést lásd a 17. szám alatt
25.	1894. Plk. 1144.	J. B. 23 éves	I P.	4 nap	12 óra előtt	24, 25·5, 18·0, *conj. d.* ? általánosan szűk	I. kf., fej a bemenetben bekelve	Eltünt	Ecclampsia	Olshausen-féle fogóval	*Élő* fiú	Rendes	Nagy gátrepedés	*Sepsis, mors* a VIII. napon	—
26.	1894. Plk. 1212.	G. Gy. 34 éves	VI P., közte 2 halott magzat	?	7 óra előtt	24, 27·5, 18·5, általánosan szűk	I. kf., fej a bemenetre ferdén reányomva	Eltünt	Kinyult cervix, T. 37·6, p. 120	Tarnier-féle fogóval	*Élő* (asphyctikus), jól fejlett fiú	Rendes	—	Láztalan	—
27.	1895. K. 459.	F. J. 32 éves	IV P. rendesek	?	?	29, 32, 19·5, *conj. d. 11 cm.*, lapos	I. kf., fej a bemenetre reányomva, mérs. Naegele-féle obliquitas	Eltünt	T. 39·4 C°, p. 128, hosszú kitolás, mérsékelt cervix kinyulás	Tarnier-féle fogóval	*Élő* leány, 53 cm., 4000 gm., 38 cm.	Rendes	—	Láztalan	—
28.	1895. K. 500.	V. M. 24 éves	II P. rendes	14½ óra	8 óra előtt, tünőfélben levő méhszáj mellett	26, 28, 18·5, *conj. d. 10·25 cm.*, általánosan szűk	I. kf., fej a medencze bemenetben, mérs. kifejezett hátsó falcsont fekvés	Eltünt	Kinyult cervix	Tarnier-féle, majd kimeneti fogóval	*Élő* (asphyktikus), 49 cm., 2900 gm.	Rendes	—	T. 2-szer 38·3 C°, —39·0 C°; endometritis	A magzat jobb fültövén nagy suffusio
29.	1895. Plk. 57.	J. G. 28 éves	III P., két első orvosi segélylyel	?	?	26, 27, 18, *conj. d. 10·5 cm.*, lapos	I. kf., a bemenetre reányomva, nagy fejdaganat	4 ujjnyi, incisio	Kinyult cervix	Tarnier-féle fogóval	*Élő*, jól fejlett fiú	Atonia, *uterus tamponade*	A méhszáj berepedt, körülöltés	Nehány, 38·8 C°-ig emelkedő T.	A magzat jobb fültövén suffusio
30.	1895. Plk. 201.	B. A. 32 éves	VII P., közte 2 macerált	40 óra	32 óra előtt	29, 30·5, 17·5, *conj. d. 11 cm.*, lapos	I. fejtetőfekvés, fej a bemenetben, nagy fejdaganat	Eltünt	Kinyult cervix, contractiós gyűrű	Tarnier-féle, majd kimeneti fogóval	*Élő*, kissé asphyktikus 53, 36 cm.	Kisfokú atonia	—	Pár napon át lázas (?), V. napon felkelt	—
31.	1895. Plk. 290.	D. K. 26 éves	II P., első orvosi segélylyel	22 óra	17 óra előtt	24·5, 26, 18, *conj. d. 10·0 cm.*, általánosan szűk	I. kf., fej a bemenetre reányomva, Naegele-féle obliquitas	Eltünt	Hibás tartás mellett a kitolás hosszú tartama, magzat veszélye	Tarnier-féle fogóval	*Élő*, jól fejlett, a bal falcsonton behorpadás	Rendes	—	Láztalan	—
32.	1895. Plk. 811.	Sz. J. 31 éves	II P., első forceps	52 óra	51 óra előtt	27, 28, 17·0, *conj. d.* ? lapos	I. kf., fej a bemenetre nyomva, nagy fejdaganat	Eltünt	Meconiumos magzatvíz mellett, a magzat asphyxiája, fájdalomgyengeség	Tarnier-féle fogóval	*Halott*, asphyxiában született	Rendes	—	Láztalan	—
33.	1895. Plk. 1040.	K. M. 30 éves	IV P. rendesek	Több mint 2 napja	27 óra előtt	25·5, 27, 20, *conj. d. 11 cm.*, lapos	I. kf., fej a bemenetben, nagy fejdaganat	Eltünt	Kinyult cervix, contractiós gyűrű	Tarnier-féle fogóval, majd expressio	*Élő* fiú, 51 cm., 38 cm.	Rendes	—	Láztalan	—
34.	1896. Plk. 403.	M. G. 33 éves	II P., első kora, halott	Több mint 2 nap óta	3 nap előtt	25, 28, 19, *conj. d. 10·5 cm.*, általánosan szűk	I. kf., fej a bemenetben	Eltünt 11 óra előtt	T. 38·4 C°; 11 órai kitolás, fájdalom gyengeség	Tarnier-féle, majd kimeneti fogóval	*Élő* leány, a fej bőrén a fogó nyomásának megfelelőleg necrosis	Rendes	Cervix hátsó fala lacerált	2-szer 38·5 C°-ig emelkedő T., ulcus	—

alsó szakasza rendkivül elvékonyodott. Tünőfélben levő méhszáj, mellsőajk duzzadt, oedemás; fej a bemenetben beékelve, nyilvarrat a jobb ferdében, nagy fejdaganat. Magzati szivhangok jók. A ruptura veszélye a szülés befejezését sürgeti: Olshausen-féle magas fogót alkalmazunk, a medencze harántátmérőjében; a fej erélyes húzásra átjön s minden forgása nélkül harántul könnyen fejtjük ki. A magzat jól fejlett fiú. Lepényi időszak, gyermekágy rendes. A magzat néhány nap mulva meghalt, a halál okát nem ismerjük.

A két szülés lefolyása csaknem teljesen hasonló, a különbség csak az, hogy a második esetben később hivtak, a mikor már a méhnyak kinyulása kifejezett volt.

Miután egy XV., illetőleg XVI-szor szülőnőnél könnyebben állhat be a cervix kinyulása folytán méhrepedés, ily esetekben nem is várhatunk oly hosszú időn át a kitolási időszakban, mint egy I—II P.-nál.

(Folytatása következik.)

Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

Téli betegségek a stomatologikus gyakorlatban.

Árkövy József dr., egyet. tanártól.

(Folytatás.)

Egy másik, télen évek óta folyton észlelt betegség sokkal több kellemetlenséget okoz, mint az előbb említett. Férfiak és nők egyaránt szoktak benne szenvedni, úgy hogy nem mondható — mint a pulpa hyperaemiáról —, hogy inkább női betegség. A beteg rendesen azzal a panaszszal jelentkezik, hogy felette fáj az egyik arczfele (felső állcsontját mutatja), s ha véletlenül sok tömött foga van — köztük talán gyöktömés is — akkor megakadunk, mert közelfekvő és nehezen elhárítható gyanú támad, hogy valamelyik tömött fog okozza a fájdalmat és nem is gondolunk arra, hogy ennek előidézésében más ok is szerepelhet. A tünetek: élénk fúró fájdalom, mely kisugárzik a halántéktájra, az orrszárnyak és az infraorbitalis táj felé, úgy hogy a beteg nem tud éjjel aludni, úgy érzi, mintha „fúrnák" a csontjait; e kínzó, lancináló, intermittens jellegü rohamok — mindig ugyanazon az arczfélen — nappal is felléphetnek. Mi sem áll közelebb, mint felvenni, hogy pulpitis acuta totalis van jelen, mert az irradiationalis tünetek épen beleillenek az ezen bántalom okozta tünetek keretébe. Gyanakszunk egy egyszerü tömeses fogra, gyanakszunk, hogy ott talán a pulpához nagyon közel járt a fúró, a tömés s lehet, hogy a tömés előtt már inficiált pulpában acut pulpitissel állunk szemközt; esetleg gyanunk van, hogy egy gyöktöméses fogban chronikus alveolaris abscessus van jelen, mely épen keletkezési stadiumban van, s melyet az amerikaiak acut alveolaris abscessusnak szoktak nevezni, mely azonban már rövid napok alatt chronikusba megy át, de ezen abscessus az erős implantationalis viszonyoknál fogva nem ad jelt magáról, kórismézése tehát nem könnyü. Tehát vagy acut pulpitist vagy chronikus alveolaris abscessust tételezünk fel. De megtörténhetik, hogy tovább kutatva, egyikmásik fog gyökere denudálva van s nem találunk csak egy kis fogkövet, az interdental papillát talán kissé érzékenynek, de semmi esetre sem annyira, hogy a neuralgiaszerü kínzó fájdalmakat ebből magyarázhatnók: a betegek hunyorítanak, mint kik tic douloureux-ben szenvednek. Midőn még kétségben vagyunk az iránt, hogy a fogak részéről ered e a fájdalom, megvizsgáljuk a beteg arczát, s ha ekkor megnyomjuk a fossa canina táját, reactiót kapunk; az infraorbitalis pont rendesen nem érzékeny, jeléül annak, hogy nem tic douloureux-vel van dolgunk; néha a zygoma aljára mutatóujjunkkal gyakorolt nyomásra is enyhén reagál a beteg. Az első pillanatban prosopalgiára gondolunk s véleményünket aggodalomteljesen akarjuk közölni a beteggel, kire e bántalom nagy csapás volna.

Jól jártam, hogy első ilyen esetemben nem mondtam ezt a betegnek, mert azt hiszem, vagy kétségbeesett volna vagy — a dolgok másként fordulván — elvesztette volna irántam bizalmát. A tic douloureux-hez való hasonlóság annyira frappans, hogy csupán egy vizsgálati adat téritett el ettől a felfogástól: a valódi prosopalgiánál van egy vonal vagy egy pont, melynek érintésével provocálni lehet a rohamot és ez a pont vagy vonal rendesen az ajakon vagy orrszárnyon, férfiaknál a bajusz érintése volt. El kellett tehát térnem azon feltevéstől, hogy prosopalgia van jelen. Az első ilyen betegemnél feltünt annak dunnyogó beszéde. Egy mintegy 28 éves hölgy volt ez, a kinél az összes baloldali metsző caninus, praemolaris és molaris fogak töméssel voltak ellátva; régi patiensem lévén, kizárhattam, hogy a tömések körüli szabálytalanságból származhatott a baj. A hölgy dunnyogó beszédére megkérdeztem tőle, hogy nincs-e náthája? a válasz az volt, hogy most már nincs, de mindössze 3—4 napja, hogy elmult. Feltámadt bennem a gyanú, hogy a fájdalom és a nátha között valami összefüggés van. S bár soha sem volt alkalmam szakmunkákban olvasni, hogy a nátha — a légző tractustól eltekintve — a jelzett tünetekkel járó, utóbetegségekkel járhat, mégis azt gondoltam, hogy legczélszerübb lesz a betegnek a nátha enyhítésére irányuló tanácsot adni: azt ajánlottam, hogy kisértsen meg nagyon meleg flanelt — november, deczember tájt volt — fájdalmas arczfelére alkalmazni, ne hagyja el a szobát, különösen kerülje a léghuzamot, échauffirozva ne menjen ki a hideg levegöre. Harmadnapra a tünetek jelentékenyen alább hagytak, de még mindig panaszkodott s a fájdalmak végképen nem szüntek meg. A beteget akkor — azon gondolatban, hogy lehetséges, hogy talán az orrból származó catarrhus folytán a Highmor-barlangban váladék lehet — gégészhez utasitottam, gondolván, hogy a barlang langyos antisepticummal való kiöblítése által müvileg lehet a fájdalmakat megszüntetni. A beteg 6 hétig járt a gégészhez és bajától megszabadult, de a következő télen ismét mutatkoztak a tünetek, a mikor azonban már nem várt sokáig, hanem azonnal hozzáfogott a fomentatióhoz — semina linit vagy nagyon meleg homokkal telt kis zacskót ajánlottam —, melylyel a 2—3-dik napon coupirozva lett az excruciáló fájdalmak további fellépése.

Egy másik ecclatans esetem 46—48 éves úri emberre vonatkozik, ki minden télen makacs náthában szenvedett, de különösen őszkor okozott neki kellemetlenségeket; mikor pedig 4—5 év előtt engem felkeresett, a bal arczfélen oly vehemens fájdalmai voltak, mint még soha. Véletlenül e beteg első praemolarisa pulpitisben szenvedett és pedig összeesőleg a fájdalmak fellépésével. A bántalom pulpitis chronica parenchymatosa volt, a pulpát exstirpáltam, gyöktömést alkalmaztam, minden a maga rendjén ment, de a beteg nem szabadult a fájdalomtól. Ki volt zárva, hogy a fájdalmak a pulpa részéről okoztatnának, mert azt teljesen exstirpáltam, előttem volt az egész pulpa. Azon az oldalon a többi fogak — úgy a felsők, mint az alsók — épek voltak és semmi kétségem sem volt az iránt, hogy sem a pulpa, sem a gyökhártya részéről nem okoztatik a fájdalom, mert a tömött fog apicalis irányban gyakorolt nyomásra érzéketlen volt. De igen is, mint valamennyi esetemben, úgy itt is percussióra valamennyi fog kellemetlen (periodontitis acuta circumscripta idiopathicának megfelelő) reactiót adott s csak talán 1—2 fog türte a percussiót. Minthogy tehát azt tapasztaltam, hogy a percussióra az ép fogak csak olyan reactiót adnak mint a tömöttek, ezért a neuralgiaszerü fájdalmak okát másutt kerestem.

A fossa canina érintésre felette fájdalmas s érzékenysége oldalt is kiterjeszkedik: szóval hasonlított az előbbi esethez, azon különbséggel, hogy itt synchronikusan a fájdalom felléptével gyöktömés alkalmaztatott és igy közelebb volt a gyanú a tömött fogra. Minthogy azon kriteriumok, melyek a gyöktöméses fog gyökhártya bántalmainál fennforognak, jelen esetben nem voltak meg, a fájdalmak okát a Highmor-barlangban kerestem s ott meg is találtam, még pedig az anamnesis útján a therapia révén: a beteg náthában szenvedett és fomentatiónak már első alkalmazása után enyhülés állott be. A fossa canina érzékenysége nyomásra csökkent, az orr váladéka is csökkent és percussióra a fogak reactiója is alább hagyott, majdnem megszünt. Megjegyzendő, hogy e bántalom mellett az orrváladék rendesen nem szokott fokozódott lenni; az utóbb említett eset tehát némileg tetemesebb orrváladékával egészen kivételesnek tekintendő.

Ezen betegnek nem ajánlottam, hogy forduljon gégészhez, mert felvettem, ha a Highmor-barlang a nátha által afficiálva lett és ott is hurutot okozott, akkor a resorptio ott is enyhüléssel és a fájdalmak teljes megszünésével fog járni. Három-négy hét mulva a fájdalom tényleg meg is szünt. Fomentatiót és azt ajáu-

lottam, hogy kerüljön minden olyan helyet, a hol — felhevülve — megcsaphatja a tél hidege.

Ugyanez a beteg a következő télen ismét megjelent, ismét nátha után kezdődő hasonló tünetekkel, mint egy évvel ezelőtt: újból fomentatiót ajánlottam, néhány nap alatt megszünt minden reactio s a beteg ma is örül, hogy gyanusított fogát az első alkalommal elhamarkodva nem huzatta ki. (E sorok publicatiójáig 6 év telt el, e fogra nézve teljes békességben.)

Ha már most mindezen tüneteket tekintjük, azt hiszem, az első pillanatra látható, hogy ez egészen más betegség, mint a milyent mi a gyökhártya bántalmak közt akár a physicalis vizsgálati módszerek nyomán, akár subjectiv symptomák alapján felismerhetünk; és így kénytelen vagyok felvenni, hogy létezik egy *neuralgia catarrhalis antri Highmori*, a mely némely egyénnél nátha után lép fel, mely fokozódott orrváladék nélkül (ha előfordul az kivételes) neuralgiaszerü tüneteket okoz az állcsontban és fogakban, melynek azonban meg van a maga lefolyása, de a melyet képesek vagyunk befolyásolni, illetőleg megrövidíteni nem gyógyszerek, hanem fomentatiók alkalmazásával és pedig legczélszerübben száraz meleggel. A nedves meleg tél idején fellazitván a bőrt, hajlamossá teszi a beteget a recidivára. A mi e betegség magyarázatát illeti, az az anatomiai viszonyokban van megadva, t. i. azon közlekedés révén, mely az orrüreg és a Highmor-barlang között van, t. i. a középső, némelyek szerint az alsó orrkagyló táján beharapódzik a hurut a barlangba s az orrban az már lefolyhatott, míg a barlangot ért affectio néhány nap mulva a nátha megszünte után nyilvánul. Spontan gyógyulás a bántalomnál nincs kizárva; legalább erre enged következtetni némely eset, melyet muló félben levő állapotban észlelni alkalmam volt; de ilyenek valószinüleg csekélyebb intensitással lépnek fel és eltürhetők a betegek által.

Sajátságos, hogy úgy a *pulpa hyperaemia* esetei, mint a *neuralgia catarrhalis antri Highmori* bizonyos consequentiával jóformán mindig október novembertől kezdve lépnek fel és áprilisban érnek véget, nyáron egyetlenegy sem jelentkezik; s érdekes, hogy a hyperaemia pulpae nem traumatikus — operativ úton szerzett —, hanem leforrázás okozta esetei nyáron csak sporadice lépnek fel; ezért tartottam czélszerünek ezen pulpa hyperaemiát szemben a mesterségesen előidézett esetekkel a téli betegségek közé sorolni. Néha oly esetek jönnek észlelés alá, melyek feltünő hasonlatossággal viseltetnek úgy az épen vázolt, mint az ezután leirandó betegséggel szemben. És így differential diagnosticai szempontból kellő méltánylást érdemelnek. Emez eseteket *rheumatismus faciei* névvel lehetne illetni, és a következők által vannak jellemezve: Az illető betegek hivatásuk folytán (kereskedők, utazók) kényszerítve vannak a hivatalban, vasúti kocsiban ülni, ki vannak téve minden légvonatnak s a mellett, ha el vannak foglalva, egész arczuk böségesen izzad. Ezen betegek rendesen azon panaszszal fordulnak az orvoshoz, hogy heves arczfájdalmakban szenvednek s a gyanus fogakat okozzák. A status praesens ily esetekben a következő jelenségeket szokta nyujtani: csak az egyik arczfél van afficiálva és pedig mindig az, a mely a nyilás (ajtó, ablak) felé fordulva szokott lenni; nyomás iránt érzékenységet tanusít a fossa canina, fel egész a felső állcsont processus ethmoidalisáig, hasonlóképen a nervus infraorbitalis is, sőt néha a nervus zygomaticus malaeig terjedőleg, úgy hogy rendszerint a caninus, vagy a praemolarisok lesznek gyanúsítva. A fogak nem adnak reactiót. A fájdalmak mibenléte váltakozva majd tompa, majd lancináló s különösen heves éjnek idején. Néha néhány órára, sőt napra enyhülés áll be (a mint épen az ok változik). Ha a fájdalom hirtelen nagyon heves lesz vagy a beteg bosszankodik miatta, tanácsot keres és helyzete csupán csak az orvos magyarázata folytán lesz előtte nyilvánvaló. A légvonat elkerülésére vonatkozó óvintézkedések, esetleg összekötve száraz meleg borogatásokkal az arcz tájra, gyors gyógyulást (2—3 nap) hoznak létre. Eme bántalom sohasem melléktünete vagy következményes bántalma egy átszenvedett náthának, miért ezen körülmény folytán is megkülönböztethető a neuralgia catarrhalis antri Highmori-tól. Nem ritkán az ezután leirandó bántalommal (arthro-rheumatismus maxillaris-sal) társulva fordul elő és a points douloureux száma folytán már az első pillanatban valódi neuralgiának lesz tartható. Hogy mennyire vezethet ez utóbb emlitett érzet téves therapiához, bizonyítja azon számos eset, a melyben a betegek orvosaik által huzamos időn keresztül bőr alá fecskendezések, gyógyszerek és villamos áram által a szó szoros értelmében maltraitirozva lesznek.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(V. rendes ülés 1897. február 6-dikán.)

Elnök: **Réczey Imre**; jegyző: **Dieballa Géza.**

Vizsgálatok carbol, savak és lúg híg oldatainak hatásáról az élő szövetekre, különös tekintettel a carbol-gangraenára.

Lévai József: Előadó 1891. augusztus 1-sejétől 1896. julius 31-dikéig terjedő öt év alatt az „Általános munkás betegsegélyző pénztár" sebészi rendelésén és részben kórházában 20,417 sebészi kezelést igénylő beteg között 26 carbol-gangraena esetet észlelt. 14 esetben tömény carbol alkalmazása után többnyire terjedelmes, de nem mélyre ható elhalás lépett fel a köztakarón. 12 esetben pedig 1½—5%-os vizes carbololdat alkalmazása után borogatás vagy nedves kötés alakjában az ujjak lágyrészei, legtöbbször azonban ujjperczek, sőt egész ujj is teljesen elhaltak, mumificálódtak. Azon feltünő körülmény okát, hogy eddig az egész irodalomban csak 42 idevágó esetet közöltek, előadó abban találja, hogy vagy félreismerik a szerencsétlenséget vagy nem közlik azért, mert néha maga az orvos közvetve vagy közvetlen oka a szerencsétlenségnek. Szerinte a carbol-gangraena ma, midőn a laikus közönség javában utánozza a carbolnak az orvosoknál már kimulóban levő divatját, igen gyakori és több figyelmet érdemel.

A carbol-gangraena lényegét kideritendő, előadó nyulakon tett kisérleteket. Kitünt, hogy ha nyulak beretvált hátára vagy rövidre nyirt lábaira carbol-, sósav-, kénsav-, eczetsav- és kalilúg-lúg (3—5%-os) vizes oldatát borogatás és még inkább, ha nedves kötés alakjában alkalmazta, az feltünő elváltozásokat eredményezett. Ha gyenge oldatban vagy igen rövid ideig hatottak, valamennyien csupán oedemát és vérbőséget hoztak létre. Ha az oldat erősségét vagy a hatás tartamát fokozta, valamennyiszer elhalást okozott a vele érintkező testrészen (háton, lábakon, fülön). Előadó kórszövettani vizsgálatai kideritették, hogy az elhalást okozó elváltozások, ha egyszer az oldat a szarúrétegen áthaladt, mindegyik szer behatása után különbözően és jellegzetes alakban mutatkoznak. Legkevésbbé változtatja meg a szövetelemeket a carbololdat, mert midőn elöli, egyszersmind olyan állapotban fixálja azokat, a minőben az elhalás pillanatában voltak. Végeredményben a különböző módon elölt szövetek az elpárolgás folytán egyformán kiszáradnak, mumificálódnak.

Mivel az elhalás minden szernél más, az illető szer vegyi tulajdonságainak megfelelő módon lép fel, mivel az elhalás mindig csak azon határig terjed, a meddig az alkalmazott oldat az illető testrészszel érintkezett és mivel a necrosis rétegenként halad a szövetek mélyébe: a vegyi szerek híg oldatainak különösen híg carbololdatnak alkalmazása után fellépő gangraenának oka gyanánt előadó — minden eddigi magyarázattól eltérően — az összes szövetelemekre való direct, localis vegyi hatást tekinti.

Betegészleleteiből, állatkisérleteiből és kórszövettani vizsgálataiból a gyakorlatra nézve azt a következtetést vonja, hogy azon vegyi szerek oldataival, a melyek helybelileg deletaer hatást képesek előidézni, ha azok a szervezettel, habár csak külsőleg, hosszabb ideig érintkeznek, a legnagyobb óvatossággal kell bánni; továbbá, hogy a carbolt sem borogatás, sem nedves kötés alakjában, sem egyéb külső alkalmazásban még a leghígabb oldatban sem szabad használni; végül, a sok szerencsétlenségnek, a mit a carbollal való és manapság igen elterjedt oktalan bánásmód a közönségnek okoz, elejét veendő, az egyedüli mód, ha a carbolnak kézi eladása a gyógyszertárakban eltiltatik.

Előadó indítványozza, hogy a kir. orvosegyesület ez iránt a m. kir. belügyministeriumhoz felterjesztést intézzen.

Vámosy Zoltán. Előadó, mint említé, nem talált carbolbehatás után elváltozást a szövetekben, csak epithelduzzadást. A gyógyszertani intézetben egy bizonyos thema kidolgozása érdekében szükséges volt 1%-os carbololdatnak helybeli alkalmazása és itt alkalmunk volt látni, hogy a carbol behatása helyén a szövetek világosabbak, zsugorodottak, legszebben látszott ez az érző idegvégződéseken, az ovalis testecskék udvarukba visszahúzódtak és a tok és testecs között udvar képződött. Kacsa csőrét tűszúrásokkal megsebeztük és ecsettel kentük be a híg carbol-oldatot. Arany-chloriddal festettük meg a készítményt, de a carbol megakadályozta a behatást. Hogy a carbol hatása vegyi alapon nyugszik, azzal a pharmacologia tisztában van és ez annál érdekesebb, mert a carbol lecsapja a fehérnyét, de nem egyesül vele, mert vízzel kimosható. Vegyi egyesülésbe csak 40°-on felüli hőmérséknél megy át és képez phenolalbuminatot.

Bodon Károly. Midőn az antisepticumok használata mind jobban terjedt, mind jobban szaporodtak a mérgezési esetek is. A carbol- és sublimatmérgezések olyan esetekben voltak gyakoriak, mikor híg oldatokat használtak, így mikor a méhet 1:4000, 1:5000 sublimat-oldattal öblítették ki. Robert tavaly ezzel szemben előadta, hogy ő 15 év óta

1 : 1000 sublimattal öblíti ki minden gyermekágyi lázas nő méhét és sohasem látott mérgezést. Ezek alapján én tavaly azt véltem, egy a „Gyógyászat"-ban megjelent dolgozatomban, hogy talán a carbol és sublimat azért veszélyesebbek gyenge oldatokban, mert az erősek megalvasztják a felületes rétegeket és meggátolják a méreg felszívódását, míg a gyenge oldatok felszívódhatnak; örvendek, hogy ezen feltevésemet előadó úr vizsgálatai megerősítik, a mennyiben gyenge oldatokra a felület vérbő lesz és az ilyen vérbő felület nagyobb felszívó képességgel bir.

Lévai József. Kisérleteim azt igazolták, hogy carbolnecrosisos szövetek górcső alatt sem külsejükben, sem festődésükre nézve nem mutattak elváltozást, mindössze, hogy az elhalt szövet zsugorodott volt és diffusabban festődött. Azt is lehetett volna hinni, hogy ép. Frankenburger thrombosist talált az edényekben. Én csak ott találtam, a hol a frissen borotvált nyúl bőrén sérülések voltak. Ezek megváltoztatják a kórképet. Vámosy kartárs esetében megszúrkálták a kacsa csőrét, s ez megváltoztatja a kórképet, mert a tűszúrás után alkalmazott carbol hatása nem azonos az ép szövetekre gyakorolt hatással.

A carbolnak vegyi hatásáról sem a pharmacologiákban, sem az időszaki irodalomban említés nincs. Említve van a vasomotorikus hatás és az edényekre való hatás, de a vegyi hatás nincs megemlítve sehol.

Elnök. Előadó indítványa előkészítés végett a választmányhoz fog áttétetni.

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(III. rendes ülés 1896. április hó 30-dikán.)

Elnök: **Navratil Imre.** Jegyző: **Krepuska Géza.**

A heveny dobüreg- és csecscsontlob conservativ gyógykezeléséhez.

Tomka Samu. Annak illustrálására, hogy mennyire ingatag még azon határ, hogy meddig kezelhetünk acut füllobot conservativ, még olyan esetben is, hol a tünetek a mellett látszanak szólani, hogy radicalis műtéttel beavatkozzunk, bátorkodom jelen beteget bemutatni.

Ez év január hó 6-dikán megjelent Fr. úr 8-ad osztályú gymnasista fiával nálam. Utóbbi a jobboldalon nagy hallás zavarról és fülfájdalomról panaszkodott. A fül megvizsgálása jobboldali heveny dobüreglobot engedett felvenni.

A külhalljárat mindkét oldalt igen szűk. Jobboldalt a dobhártya vörüses volt, mellfelé türemkedett, a kalapács markolat és rövid nyujtvány nem volt látható; baloldalt a kalapács markolata belövelt és a beteg ez oldalt kissé tompábban hallott, a jobboldalon pedig suttogó szavakat alig hallott egy meternyire. Másnapra jobboldalt a fájdalmak nagyobbodtak, a tubán való átfúváskor csekély szörtyzörejek voltak hallhatók, mire ez oldalon paracentesist végeztem. A dobüregből csekély savós váladék ürült ki. 8-dikán a láz 38·5—39° közt volt. jobboldalt erős genyedéssel és a csecscsonton nagy fájdalommal, mely nyomásra nagyobbodott. 9-dikén szintén 39°-ig emelkedett a láz, a baloldali dobhártya is jobban belövelt volt. 10-dikén a baloldali dobhártya is vörös, mellfelé türemkedett, rajta a kalapács nem volt látható és nagy fájdalmak léptek fel a bal fülben is, a láz 39—39·5°-ra emelkedett és ezen oldalon is paracentesist végeztem. 11-dikén 39·5—39·8° volt a láz és többször napjában *rázóhideg* lépett fel; mindkét oldalt profus genyedéssel és a baloldali csecscsontnak is erős fájdalmasságával. 12., 13., 14., 15., 16-dikán 39° volt a legmagasabb hőmérsék, naponta többször *rázóhideggel*. 14-dikén a bal dobhártya perforatiója jelentékenyen kisebbedett, a miért is a nyilást tágitottam. 17-dikén már 38·5°, 18. és 19-dikén 38° volt a legnagyobb láz; 19-dikén ismét tágítani kellett mindkét oldalon a nyilást. 20-dikától kezdve 37·6, 37·4, 37·2, 36·8° volt a legmagasabb hőmérsék. Az egész bántalom alatt a láz napi ingadozása egy fokot nem haladt meg. A pulsus mindig normalis, jól telt volt, száma 78—80 közt. A genyedés mindkét oldalt csökkeni kezdett. A hallás, mely a bántalom első felében minimalis volt, napról napra javult, a dobhártya lassanként visszanyerte rendes szinezetét, a kalapács jól láthatóvá vált mindkét oldalon, a csecscsontok érzékenysége jelentékenyen alábbhagyott, a beteg állapota annyira javult, hogy február 3 dikán az ágyat elhagyta.

Az egész idő alatt mindkét csecscsonton jeges víz áramlott a Leiter-féle hűsítő készüléken át. A beteg január hó 25-dike óta láztalan, a genyedés teljesen megszünt, a perforatiók összenőttek. Mindkét oldalt a dobhártya rendes, a hallás normalis, a csecscsont erős nyomásra sem érzékeny. Beteg az iskolát látogatja és a csecscsontokat a borogatások elhagyása után 8—10 napig jodtincturával, majd unguent. cinereummal kente be.

Betegnél a fülbajon kivül a háziorvos *Liebermann* dr. más megbetegedést nem talált.

A leirt kórtörténetből kitünik, hogy daczára annak, hogy több momentum a mellett szólhatott, hogy a csecscsontot megnyissam, én ez esetben a conservativ kezelést czélszerűnek tartottam, és a beteg állapota, a hallószerv anatomiai és functionalis lelete is bizonyítja, hogy feltevésem helyes volt.

Krepuska Géza. Már más alkalommal is kiemeltem, hogy heveny dobüreg genyedéseknél, a hol sok váladék képződik és oly esetekben is, a hol perforatio nem következvén be, a dobüreg tartalma retentio alatt állt, alig van eset, de nem is képzelhető, hogy a csecsnyujtvány ürege, illetőleg annak nyálkahártyája meg ne lobosodjék, mint ezt *Moos* már hullákon is kimutatta, még oly esetekben is, a melyeknél az életben a csecsnyujtványlob cardinalis tünetei is hiányzottak. A csecsnyujtvány ürege mint a dobüreg mellékürege másodlagosan is könnyen fertőződhet, pl. hanyatfekvésnél, még oly esetekben is, a hol a dobhártyán hő perforatio van. Gyógyulásra és összenövésre hajlamos dobhártyán több izben — úgyszólván mindennap — kell paracentesist végezni. Ily eljárás mellett alig emlékszem oly esetre, a hol heveny dobüreg genyedés miatt csecsnyujtvány nyitást lettem volna kénytelen végezni.

Lupus vulgaris a fülkagylón.

Tomka Samu. Csak a fülre localizált lupus esetek meglehetős ritkán észlelhetők. A bemutatott nőbeteg 17 éves, gyenge testalkatú, belső szervei egészségesek. Szülei élnek és egészségesek; egy nővére szintén igen gyenge alkatú.

Baja 6 éves korában kezdődött, a mit a beteg arra vezet vissza, hogy akkor fülbevalót kezdett viselni, a mikor is a jobb füle kisebesedett. Nyolcz éven át mint közönséges bőrkiütés kezeltetett különféle kenőcsökkel, melyek azonban a beteg fülén semmi változást sem vontak maguk után. Két év előtt egy fülorvoshoz fordult, ki neki kenőcsöt rendelt, melynek egy hónapi használatától semmi eredményt sem látott. Csaknem egy év előtt hozzám jött a beteg. A fülkagyló nagy része, föként a helix és a czimpa hátsó felülete pörkkel, varral volt fedve. Ezeket leszedtem és alattuk a göbös, heges, a fület eltorzító lupus vulgaris képét láttam. Ezen diagnosisomat *Havas* dr. is megerősítette. A betegnek acid. pyrogall. 4·0 lanolin 40·0 kenőcsöt adtam, melylyel három hétig a megbetegedett felületet bekente. A vászonra kent kenőcsöt napjában kétszer változtatta. A kenőcs a beteg fülén nagy lobot, fájdalmat okozott, a miért is hideg borogatást alkalmaztam fölébe, majd bőrkenőcsöt. A betegség szépen javult, a mikor is a beteg kimaradt.

Öt hét előtt ismét jelentkezett nálam. Állapota rosszabb volt, mint mikor tőlem kimaradt. A beteg felület néhány göböt mutatott fel, ismét varral volt borítva. A kimaradt idő alatt nem volt kezelve. Ugyancsak 4·0 : 40·0 acid. pyrogall.-val kezeltem, majd bőrkenőccsel, mire a lupus lényeges javulást tüntet fel, göb nem látható, a felület meglehetős sima, rendes szinezetű.

Én ezen kezelést ily felületes lupus esetnél, mint az eset is mutatja, czélszerűnek tartom, talán czélszerűbbnek mint a galvanocaustikus égetést, jóllehet, hogy a betegség kiújulhat, de hiszen ezt galvanocaustikus és egyéb kezelésnél szintúgy észleljük.

Fontos, hogy a beteg kezeltessék, mert különben a lupus a sarjadzási szövet túltengése által a fülkagyló el orzulására, a fülkagyló és porczos halljárat elroncsolására vezethetne és a lupus fekélyek a csontos halljáratra és a dobhártyára is terjedhetnek. Figyelmeztettem tehát a beteget, hogy évente 1 vagy 2-szer fülorvoshoz forduljon, hogy esetleg kiújuló baja mindjárt kezeltessék.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A belgyógyászat kézikönyve. Szerkesztik: **Bókay Árpád, Kétli Károly, Korányi Frigyes.** Harmadik kötet. Dobrowsky és Franke kiadása, 1896.

Előttünk fekszik a „Belgyógyászat kézikönyvének" harmadik kötete, *az emésztési szervek betegségeiről*. Qualitás és quantitás egyaránt böven kárpótolnak a késedelemért, melyet ezen harmadik kötetnek megjelenése szenvedett. *Stillernek* az ideges gyomorbántalmakról írt munkáját s *Purjesz* kézikönyvének megfelelő fejezeteit leszámitva hasonló irányú összefoglaló, terjedelmes magyar mű eddig meg nem jelent s így kétszeres örömmel és büszkeséggel üdvözöljük ezen kötetet: *a magyar orvosi irodalomnak az emésztési szervek összes betegségeivel foglalkozó első, nagyszabású monografiáját.*

A kötetet *Szontágh Felix* dr. vezeti be a *szájképletek betegségeinek* ismertetésével. Kissé hálátlan tér a tudósnak, annál fontosabb a gyakorló orvosnak és szerzőnek gyakorlati érzékéről tesz tanúbizonyságot, hogy a fontosabb fejezetek tárgyalásánál nagy súlyt fektetett a fontos tünettanra és therapiára. A *szájgyuladás* és *szájpenésznek* tömör tárgyalása után, a szájleukoplakia praecis leirását adja, kiemelve *Schwimmernek* ezen téren szerzett gazdag tapasztalatait, ki a leukoplakiának ezen ma már közkeletü nevet adta és annak idiopathiás jelentőségét hangsúlyozta. Az ajakbetegségek közül az *ajaksömör* leirásánál a styl tömörségének áldozatul esett ezen bántalom el nem vitázható differenciáldiagnostikai jelentőségének kiemelése egyes fertőző betegségeknél, úgyszintén az idevágó újabb bacteriologiai vizsgálatok. A *vizráknak* hüen és lendülettel vázolt tünettana után kiterjeszkedik a bacteriologiai kutatásoknak eddigi eredményeire, melyek valószinüvé tették, hogy ezen betegség fertőzeti eredetü. A *nyelvbetegségeknek* concis felsorolása zárja be a sikerült fejezetet.

A *garatgyuladást Irsai Arthur* dr. széles alapon tárgyalja, a bevezető részben együttesen említve a garatgyuladásoknak közös kóroktanát, kiemelve ezen betegségeknél a fertőzésnek jelentőségét s azután a heveny és idült alaknak egyes válfajaira részletesen reá tér. A tüszős mandulagyuladás elsődleges, fertőzeti alakjának leírásában nélkülözzük nehány olyan szövődménynek (pl. acut vesegyuladás) méltatását, melyek ezen betegségnek általános fertőzéssel járó természetét élesen elődomborítják. A tüszős mandulagyuladás kezelésében szerző jó eredményeket látott a kal. chloricum és aqu. calcis toroköblögetőktől, a terimbeles alaknál a geny korai kiürítésének barátja, az idült garatgyuladásoknál pedig észszerű beavatkozásnak tartja az ecsetelést és beporozást, leghatékonyabbnak azonban a galvanocaustikus kezelést, természetesen a szakorvos kezében. A kellő kritikával átdolgozott, kerek fejezetben együtt található mindaz, mi a tudóst és gyakorlóorvost egyaránt érdekelheti.

Bókay János tanár a *garatmögötti tályog* és *garatmögötti nyirokmirigygyuladás* kimerítő és hű képét tárja elénk, a nála megszokott alapossággal gazdag személyes tapasztalatok s intézetének bő beteganyaga (614 eset) alapján. Megkülönböztet *a)* önszenvi, *b)* másodlagos vagy torlódási, *c)* septikus vagy áttéti és *d)* traumatikus eredetű tályogokat. Behatóan a leggyakrabban előforduló alakot, az ú. n. idiopathikus tályogot tárgyalja, kiemelve *Bókay* sen.-nak 1876-ban felállított azon tételét, hogy az idiopathikus garatmögötti tályog minden esetben lymphadenitis retropharyngealisból ered. A kóroktani részben hangsúlyozza a száj- és toroklobnak, középfüllobnak stb. kórokozó jelentőségét, s a gyermekeknél gyakori száj- és garatbetegségekre vonatkoztatja azon tapasztalati tényt, hogy az ú. n. idiopathikus tályogok utóbbiaknál gyakrabban fordulnak elő, mint felnőtteknél. Az aetiologiát tekintve tehát helyesebbnek véli ezen bántalom megjelölésére az „idiopathikus" jelző helyett, a kórszármazást inkább feltüntető „abscessus retropharyngealis ex lymphadenitide retropharyngeale" elnevezést használni. A tüneteknek klassikus vázolása után a kórjóslatban felemlíti a Stefánia-kórház halálozási statistikáját önszenvi tályogoknál: (4—6%); minden esetre egyike ezen betegségnél a legkedvezőbb statistikáknak. A gyógykezelést illetőleg a tályog belső megnyitásának barátja.

Következik az *„Angina Ludwigi" Janny Gyula* tanár kitünő tollából. A történeti adatok gondos összefoglalásából látjuk, hogy Dupuytren már 1833-ban leírta ezen kóralakot „phlegmon large du cou" név alatt, s így nem volna épen jogosulatlan az „Angine de Dupuytren" elnevezés „Angina Ludwigi" helyett. A tünettanban Ludwig eredeti közleményéből a megfelelő részt idézet alakjában közölve ismerteti a kórképet, melyet később az újabb nézetekkel és saját tapasztalataival bőven kiegészít. A betegségnek előidéző oka: a száj- vagy garatból bejutott mikroorganismusok vagy ezeknek termékei, esetleg direct átterjedés a környezetről, ritkán metastasis. Vagyis: az angina Ludwigi aetiologiája a mély nyaki phlegmonéval azonos; miután lefolyása sem mutat ez utóbbinak egyes alakjaival szemben lényeges különbséget, specifikus előidéző okát pedig nem ismerjük, szerző *König* álláspontjára helyezkedik, hogy t. i. az „Angina Ludwigi" helyett oly kifejezéssel éljünk, mely annál úgy anatomiai mint aetiologiai tekintetben szabatosabb; talán nem lett volna erőltetett, ha az erre mindenképen hivatott szerző a fejezet élén a közkeletü név mellett egy ilyen alkalmas, magyar synonimát hoz javaslatba. Az irodalom összeállítása, kezdve *Ludwig* és a legrégibb szerzők eredeti közleményeinek hosszú sorozatával, élénken illustrálja szerzőnek előszeretetét, melylyel ezen tárgygyal foglalkozott.

A *fültömirigybetegségeket Kétli Károly* tanár ismerteti, ki ezen téren szerzett bő tapasztalatairól már az I-ső kötetben is részben beszámolt a járványos fültömirigylob értékes fejezetével. A bevezető részben hangsúlyozza, hogy a járványos fültömirigylob nem állítható szembe a többi fültömirigylobokkal, mint elsődleges a másodlagossal, mert utóbbiak is észlelhetők primaer megbetegedés alakjában; a kóroktanban felsorolt adatok bőven indokolják ezen újabb álláspontnak helyes voltát. *A nyálkövek, Stenon-vezeték elzáródása, fültömirigy-újképletek* stb. tömör ismertetése után a *nyálfolyással* foglalkozik behatóan, előrebocsátva a kóros nyálfolyás kellő méltatásához nélkülözhetetlen élettani részt; a kóroktan érdekes adatai élénken bizonyítják, mennyire nem választható el a nyáladzás mint pathologiai tünet a physiologiai nyálelválasztástól.

A bárzsing betegségeit Janny Gyula tanár foglalta össze az áttekintést megkönnyítő sorrendben, pompás magyarsággal, világos stylel. A bárzsing lobos és fekélyes betegségeinek részletes ismertetése után a bárzsingszüketnek kimerítő fejezete következik, a tárgy praktikus fontosságához képest a legapróbb részletekig, kiterjeszkedve a diagnosis és therapiában nélkülözhetetlen sondázásra; ezen rész bizonyára egyike a legtökéletesebbeknek, mit belgyógyászati müben ilyen téren valaha nyujtottak. A bárzsingnak diagnostikai czélból történő kutaszolásánál az elsőbbséget a tömör sondával szemben a bárzsingcsőnek nyujtja s ezen álláspontnak helyességét meggyőzően indokolja; kellően méltatja azonban a többi eljárást is, plastikusan elétárva azon számtalan, finom müfogást, melynek ismerete ezen kényes beavatkozásnál a gyakorló orvosra nézve annyira fontos és hangsúlyozva, gazdag tapasztalataiból vett példákkal illustrálva a veszélyeket, melyek sondázás közben felmerülhetnek. A gyógyításban szerves egésszé összefoglalva találjuk mindazon eredményt, melyet ezen betegségnél kutatóval, műtéttel vagy egyéb módon eddig elérni sikerült. Ezután sorban következnek a bárzsingtágulat, bárzsingdaganatok, bárzsing sérülései, melyeknek szabatos, tömör tárgyalása a dolog természeténél fogva a sebészt fogja inkább érdekelni, mint a belgyógyászt, míg az „idegen testek a bárzsingban" czimü fejezet az utóbbiakra nézve is értékes, practikus fontossággal bir. Gazdag gyüjteménye az összes müvelt nyelvek irodalmának (6 oldal) fejezi be a nagy gonddal kidolgozott, becses fejezetet. *Dieballa Géza* dr.

(Folytatása következik.)

II. Lapszemle.

Sebészet.

Az ezüstsebkezelésről. Alig, hogy megjelent Benno Credé „Silber und Silbersalze als Antiseptica" czimü közleménye, máris többen igen kedvezőleg nyilatkoznak az itrol és az actolról; sőt maga Credé újabban a „Centralblatt für Chirurgie" október havi számainak egyikében 1 éves tapasztalatairól számol be. A száj és a garat különböző bántalmainál mint száj- és torokvizet használta igen jó sikerrel 1:4—8000 oldatban. A sebészi eseteknél fellépő fertőzéseknél subcutan alkalmazza az actolt 1:200 oldatban; úgyszinte tuberculosisnál parenchymatosus fecskendezéseket végez; ebbeli kisérletei azonban csak most vannak folyamatban s a végeredményeket annak idején közzé teszi.

Werler dr. Berlinben a czitromsavas ezüstöt sikeresen alkalmazta a gonorrhoeánál. 50 esetben használta az oldatot, úgy a kankó heveny mint idült alakjánál. A heveny kankónál igen híg oldatot ajánl: Rp. Solut. itroli 0·025, Aquae dest. 200·0. D. in vitro *flavo*. S. 4-szer napjában kifecskendezni a húgycsövet. Idővel töményebb oldatra tér át, a legerősebb oldat, a melyet használt 0·05—200 vízre.

Werler ez 50 esete kapcsán a következőkép nyilatkozik.

Az itrol, az említett dilutióban a húgycső nyákhártyáját legkevésbbé sem izgatja, a lobfolyamatot nem súlyosbítja és a gonococcusokat mégis rövid idő alatt elpusztítja.

A szer egyedüli hátránya, hogy a fehérneműn foltokat okoz, a melyeket a következő oldat néhány percz alatt kivesz: 1 gm. sublimat, 25 gm. konyhasó, 2000 gm. víz. (Berliner klin. Wochenschrift 1896. Nr. 37.) *Boross* dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Nephritis** eseteiben jó eredményeket ért el *Modinos* antipyrinnel, melyből naponként 0·75—1·50 grammot vétetett be. A jó hatást úgy magyarázza, hogy az antipyrin közömbösíti a vesemüködés elégtelensége miatt a szervezetben visszatartott mérgező anyagokat. (Semaine médicale, 1897. 1. sz.)

2. **Köszvény** ellen *Gayle* a következő összetételü orvosságot ajánlja: Rp. Tinct. stramonii 4·0; Tinct. sem. colchici 6·0; Tinct. guajaci 60·0. M. D. S. 3-szor naponként egy-egy kávéskanálnyit tejben. (Semaine médicale, 1897. 2. sz.)

3. **Tüdővészesek hasmenése ellen** jó eredménynyel használható a következő elegy: Rp. Spir. chloroformii, Tinct. opii, Glycerini, Acidi carbolici aa 4·0; Aquae menth. pip. ad 70·0. Egy kávéskanálnyit vízben minden híg székletét után. (Practitioner, 1896. november.)

TÁRCZA.

Angliából.

I.

A parlament s a társadalom. A kontinens angol turistái. Angol család, nemesség; polgári öntudat. Kasztok és foglalkozások. Az otthon. Jellemvonások. A királyi hatalom csak névleges. Vallási viszonyok. A vasárnap. Az orvosi carrière.

(Vége.)

Az angolnak egyik sarkalatos jellemvonása tehát a szorgalom, a másik a jó, derült kedély. Imádja a zenét. Mindenkinek ad egy jóindulatú melléknevet vagy gúnynevet (pet-name), így a *„legkecsesebb Felséget“* (her most gracious Majesty) rövidesen *John Brown*-nak; önmagát *John Bull*-nak (Bika János) nevezi. Az utczaseprő a „verébeheztető“ (sparrow-starver), a rendőr *bobby, copper*, az apa *daddy, governor, old man*; a czipőtisztító gyerek *„toilet-club“*, az egyetem pedig *„shop“* (bolt) stb. Különösen a hosszú szavak azok, melyeket az angol kimélet nélkül megtámad, lévén jelszava *„time is money“* (az idő pénz). Így lett velo (velociped), tram (tramway), met (metropolitain vasut), bus (omnibus) stb. A mi városunk neve *Buda*, a mi minden esetre jobban hangzik, mint a német *Pest*, melyről oly nehezen szoknak le lajthántúli barátaink.

Ezekből az utilitarius törekvésektől azonban alaposan megfeledkeztek akkor, a midőn a nyelvüket megalkották. Azt lehet mondani, hogy két angol nyelv van, az irott és a beszélt, s e kettő között semmi összefüggés sincs. Ízleltetőül legyen szabad néhány rövid szót felsorolnom, a melyekben pl. *u* betűt írnak, de az *abc* valamennyi vocalisán ejtik őket.

Így pl.	put szót	ejtsd	put-nak
	busy „	„	bizi-nek
	bury „	„	beri
	plum „	„	plám-nak
	bug „	„	bog-nak
	duke „	„	gyúk-nak
	but „	„	böt-nek stb.

E szót pl. *enough* mond *inöff*-nek ki! Igazán találó az a régi élcz, hogy az angol *Dickens*-t ir és *Boz*-t mond ki, ha olvassa, mint a jámbor zsidó, ki *Jehoro* helyett *Adónait* említ!

De bármilyen legyen is az angol nyelv, az bizonyos, hogy felette elegans, kellemes és társalgás szempontjából ritka alkalmas tulajdonokkal bir. A tacitusi rövidségekhez talán egy élő nyelv sem áll oly közel és nyilt, őszinte, tartalmas beszédre utólérhetetlen; ma már 150 millió ember beszéli és nagyon valószinü, hogy a nyelvek internationalis harczából győztesen fog kikerülni.

Addig is persze mindent elkövetnek, hogy az angol egységet emeljék s a nemzeti érzést ápolják. Az angol hiúságnak nincs szorgalmasabb legyezgetője, mint uralkodó házuk. Érdekes látni azt a népszerűség hajhászást, melyet az ottani királyi család minden egyes tagja üz, hogy ez által a nép szeretetében erős gyökereket kapjon. A herczegnőket polgáremberekhez adják férjhez, s Anglia jövendő királynéja, a yorki herczeg felesége egy közönséges, szegény herczegnek, *Teck*-nek leánya, a kiben magyar grófi vér is folyik. Sétákon, hangversenyeken, templomban, ünnepélyeken minden untalan ott látni őket. A herczegnők összecsókolják a Hyde Parkban a sétálók gyermekeit, a szurtos lurkók láttára exstasisban kiáltva: ah, mily csinos baby! A herczegek tüzet kérnek a járó-kelőktől, leülnek mellejük, meghivatják magukat polgári házakhoz, jótékony egyesületeken elnökölnek, gyászt viselnek valamely popularis ember halálakor, politikai véleményt tudakolnak, szóval nincs alkalom, melyet kiszalasztanának a néppel való érintkezésre és barátkozásra.

A leghatalmasabb érintkezési pont a templom. Áhítatosan ülni a *preach* alatt, szorgalmasan járni a *church*-be, vagy bibliákat forgatni, a jó neveléshez tartozik a britteknél.

Az angol egyház az angol institutiók leghatalmasabbika a parlament után. Hihetetlen, mily befolyása van a papnak a népre. A biró után a pap a legrespectáltabb személy az angol társadalomban és minthogy gazdag szokott lenni, s meg kell neki korán házasodni, az angol missek ábrándjaiban a huszártisztek helyett többnyire valamely fiatal *curet* vagy *vikar* képe szokott lebegni.

Látni fogjuk, hogy a pap az orvos társadalmi érvényesülésének legnagyobb ellensége; elég most annyi, hogy minden haladásnak, reformnak útjában a papi kaszt áll. A pap született képviselője az angol conservativismusnak, s ennek legközönségesebb nyilvánulása az angol vasárnap.

Ha az idegen vasárnapi napon látja meg Londont először, alig bir ellenállni a rögtönös visszafordulás vágyának. A város ilyenkor kihalt; a boltok zárva, a vendéglőkön 1—3 és 6—10 órák kivételével nagy lakatok csüngnek — semmi zaj, sehol kocsi — az egyedül levő idegenben az első angol vasárnap az elhagyatottságnak valóban hamisíttatlan érzését kelti fel.

Mikor úgy öt óra tájban enni akartam valamit, s a sok bezárt vendéglő mellett elmenve, végre egy pályaudvar hasonlóképen bezárt buffetjén kopogtattam, kinyulik egy fej a kémlelő ablakból és kérdi: „are you a bonafide traveller?“ (igazán utas ember kegyed?) Az igenlő válaszra bebocsát, tüzet rak, főzni kezd, míg időközben egy policeman kérdez ki, megakadályozandó, hogy egy londoni benszülött étkezhessék és ihasson a szent vasárnap délutánján és követeli, hogy mutassam ki, hogy otthonomtól legalább 4 mértföldnyi távolságban vagyok! Persze ez nem volt nehéz!

Nékám Lajos dr.

Heti szemle.

Budapest, 1897. február 12-dikén.

Schulek Vilmos tanár 25 éves tanárságának jubileumát f. hó 14-dikén ünneplik tanítványai, barátai és tisztelői. Az ünnepelt tanítványai ez alkalommal — mint olvasóink mai számunk mellékletéből látják — a „Szemészet“-ből értékes dolgozataik összeállításával egy jubilaris számot szerkesztettek és annak egy díszpéldányát nyujtják át az ünnepélyen mesterüknek. A figyelem e gyöngéd nyilatkozata a milyen megtisztelő reánk, bizonyára épen olyan jól fog esni magának az ünnepeltnek. Ő immár 17-dik esztendeje vezeti e melléklet szerkesztését, melyet azelőtt boldogult Hirschler — mint a magyar szemészeti tudomány egyik első úttörője — vezetett 16 éven keresztül. A hazai szemészeti tudomány önálló megizmosodásának történetét tárják elönkbe e lapok hasábjai, mely izmosodás hovatovább eröteljesebbé váló része Schulek tanár vezető működéséhez füződik. Már korábban évek hosszú során át ő és klinikája látták el szellemi táplálékkal e lap hasábjait, az ő kitartó és buzgó és az egymásután következő ifjú generatiókat irodalmi tevékenységre buzdító szakadatlan működése azóta e lapokat a magyar szemészeti irodalom önálló iskolájává alakította. És midőn ez iskolának legutolsó irodalmi termékeit egybefüzve nyujtják át neki mint mesternek tisztelő és hálás tanítványai: bizonyára a sikeresen végzett munkának jól eső érzése fogja őt áthatni e jubilaris szám megtekintésekor.

Az orvos-tanár működése bizonyára magasztos az ő mindennapi munkájában is, midőn tudásának összegyüjtött kincseit napról napra sikeresen adja tovább tanítványai és azok útján a nagy közönség fennforgó gyógyszükségleteinek kielégítésére, de kétszeresen magasztos akkor, ha az túl bir szárnyalni a közvetlen szükségesség köznapi szinvonalán, ha szakmájából nemzeti és önálló irodalmat, annak munkálására önálló buvárokat és tanítványokat bir teremteni és toborzani.

Tisztelt munkatársunk és barátunk hosszú tanári működése alatt, a tanári hivatás mind a két magasztos feladatának igazán megfelelt. Engedje meg azért, hogy az Orvosi Hetilap is mint az összes magyar orvosi irodalom egyik szerény közege és fejlődésének hü figyelemmel kisérője, hódolatával és elismerésével e 25 éves tanári jubileumon megjelenjen.

* * *

Országos orvosi szövetség. Budapesti orvosok szövetsége. A magyar orvosi rend megmozdult és szervezkedik. Szervezkedik, hogy együttes erővel erkölcsi és anyagai érdekeit kifelé és befelé megvédje és ethikai szinvonalát emelje. E szervezkedés, habár észszerűleg nem is várhatjuk tőle azt, hogy az panaceája legyen rendünk minden felmerülő bajának, kétségkivül szép reményekre jogosit. Összesített erővel sokat tehetünk.

A millenniumi országos egészségügyi congressus — mint olvasóink előtt ismeretes — 10 fővárosi és 20 vidéki orvosból álló bizottságot küldött ki a végből, hogy alapszabálytervezetet készítsen egy alakítandó „*Országos orvosi szövetség*“ számára, mely közös tevékenységre magába ölelje az ország valamennyi orvosát, úgy azonban, hogy az egyes törvényhatóságokban alakulandó fiók orvosi szövetkezetek az egyetemes szervezetben autonom tevékenységi körrel megtarthassák saját önállóságukat. E bizottság f. hó 7-dikén tartotta Kétli tanár klinikáján alakuló ülését, melyre úgy a fővárosi mint a vidéki kiküldöttek nagy része megjelent (a fővárosból: Csatáry, Cséri, Flesch, Fodor, Hőgyes, Kétli, Korányi, Löw; a vidékről: Berger, Berkovits, Boszkovits, Jósa, Konrád, Koreck, Lendvay, Losoncy, Mendl, Petz, Serly, Szabó, Szigethy, Thuróczy dr.-ok, a többiek nagy része irásban mentette ki elmaradását). A megjelentek megállapították az alakítandó országos orvosi szövetség alapszabályainak általános alapelveit és Kétli elnöklete alatt Cséri, Flesch, Fodor, Hőgyes tagokból álló szükebb bizottságot küldöttek ki az alapszabályjavaslat elkészítésére részint a megállapodások, részint az egyes vidéki kiküldöttek részéről átadott alapszabálytervezetek alapján. E bizottság, ha javaslatával rövid időn elkészül, szétküldi azt észrevételek megtétele végett a bizottság valamennyi tagjához, mely észrevételek egybeállítása után márczius hó utolsó hetében a bizottság újra egybegyűl és az alapszabályjavaslatot megállapítja. Az így elkészült javaslatot később a bizottság az ország valamennyi törvényhatóságához elküldi, hogy az a szeptemberre összehivandó országos orvosi congressuson végkép megállapítható legyen.

Ezzel párhuzamosan indult meg a mozgalom a budapesti orvosok között is a szövetkezésre. Több heti tanácskozás után f. hó 8-dikán a budapesti kir. orvosegyesület helyiségeiben megállapították „*A budapesti orvosok szövetsége alapszabályainak*“ alább közlendő tervezetét, mely bizonyos mértékben mutatis mutandis mintául szolgálhat az országos orvosi szövetség fiókszövetkezetei számára is.

Maga a belügyministerium is rövid időn szétküldi saját tervezetét a *kötelező orvosi kamarákra* vonatkozólag hozzászólás végett úgy az országos közegészségi tanácshoz, valamint az egyes orvosegyesületekhez és törvényhatóságokhoz.

Igy az egész vonalon megindul a mozgalom az egyetemes szervezkedésre, mely, hogy a különböző szempontok czélszerű és objectiv egyesítése által jól sikerüljön, tiszta szívünkből kivánjuk.

A budapesti orvosok szövetsége alapszabályainak elfogadott tervezete a következő:

I. *A szövetség czíme, székhelye és pecsétje.*

1. §. Czíme: A budapesti orvosok szövetsége.

2. §. Székhelye: Budapest.

3. §. Pecsétje: Aesculap fej „A budapesti orvosok szövetsége“ körirattal.

II. *A szövetség czélja és hatásköre.*

4. §. A szabad társulás alapján megalakult szövetség czélja: Az orvosi kar anyagi és erkölcsi érdekeinek mindenkori előmozdítása és megvédése, minden a törvények és a humanismus által megengedett eszközök felhasználásával.

5. §. A szövetség a kitűzött czél érdekében a székes fővárosi orvosok között az összetartást fentartja; megállapitja az elveket, a melyek a szövetség tagjaira kötelezők akkor, a mikor a közönséggel és egymással mint orvosok érintkeznek; az orvosok nyugdíj- és segélyügyének, özvegyeik és árváik segélyezésének kérdéseivel és orvostársadalmi ügyekkel foglalkozik; tárgyalásait és határozatait a szaklapokban közli, esetleg a napisajtóban is közzé teszi; mindig szem előtt tartja a közjó érdekét, az igazi humanismus követelményeit.

III. *A szövetség tagjai.*

6. §. A szövetség áll: *a)* rendes, *b)* alapító és *c)* tiszteletbeli tagokból.

7. §. Rendes tag lehet minden Budapesten lakó feddhetetlen jellemű orvos, a ki kijelenti, hogy a szövetség czéljaival egyetért, egyszer s mindenkorra négy korona felvételi díjat és évenkint két korona tagsági díjat fizet. Ha az évi költségvetésben hiány mutatkoznék, akkor a tisztújító közgyülés a tagsági díjakat időről időre felemelheti, de legfeljebb négy koronáig. Az évi díj 60 korona lefizetésével egyszer s mindenkorra megváltható.

8. §. Alapító tag csak rendes tag lehet, ha a szövetség pénztárába egyszer s mindenkorra 400 koronát lefizet vagy magát kötelezi, hogy 4 egymásután következő évben 100—100 koronát fizet, a mely összeggel tagdíját egyszer s mindenkorra megváltotta.

9. §. Tiszteletbeli tagokká oly magyar állampolgárokat ;választhat a szövetség, a kik, ha nem is orvosok, de a szövetség körül érdemeket szereztek.

10. §. Úgy a rendes, mint a tiszteletbeli tagokat szövetségi tagok ajánlására a közgyülés választja.

11. §. Rendes tagságra két, tiszteletbeli tagságra 10 szövetségi tag ajánlása szükséges.

12. §. A tagságra való ajánlások a választmányhoz intézendők, a mely az ajánlottak és ajánlók neveit megfelelő módon csoportositva a közgyülésre szóló meghivón kinyomatja.

13. §. A rendes tagok felvételéhez absolut szótöbbség, tiszteletbeli tagok megválasztásához $^2/_3$ szótöbbség szükséges.

A szavazás titkos, szavazó lapokkal történik.

14. §. A rendes és alapító tagok jogai, hogy: 1. a közgyüléseken részt vehetnek, 2. indítványoznak, 3. szavaznak, 4. választók és az összes szövetségi tisztségre választhatók.

A tiszteletbeli tagok a választmány meghivására a közgyülések tanácskozásaiban részt vehetnek, de szavazati joguk nincsen.

15. §. A szövetség tagjai a szövetség szabályait megtartani és a szövetség czéljait lehetőleg előmozditani kötelesek.

16. §. A tagsági díjak lefizetése a megválasztás napjától 3 évre kötelező. A rendes tagok kilépésüket a választmánynak irásban kötelesek bejelenteni. A választmány a bejelentést követő első ülésén tudomásul veszi a kilépést és a titkárt utasítja, hogy a szövetség kilépő tagját a következő, illetőleg a 3 kötelező évet követő, naptári évre a tagok sorából törülje.

17. §. A tagok a szövetségből kizárhatók, ha jogérvényes diffamáló birói itélet hozatik ellenük, vagy ha 10 tag az elnökhöz intézett, indokolt beadványban a kizárást kéri.

Az elnök a kizárási indítványt a legközelebbi választmányi ülés napirendjére tüzi. A választmány az indítványt vagy ad acta teszi vagy a mennyiben azt indokoltnak látja, a következő választmányi ülés napirendjére tűzi és arra a feljelentett tagot is megidézi.

A választmány a megidézett tag védekezését meghallgatja és a feljelentett eltávozta után egyszerű szótöbbséggel határoz, hogy a kizárási indítványt ad acta teszi-e vagy a legközelebbi közgyülés elé terjeszti; a megidézett tag igazolatlan elmaradása esetén a feljelentett ügyében dönt.

A kizárási indítványt a nevek elhallgatásával a közgyülésre szóló meghivón ki kell tenni.

A kizárást a közgyülés legalább $^2/_3$ többséggel mondja ki. A szavazás titkos: fehér és fekete golyókkal történik.

18. §. A kilépett vagy kizárt szövetségi tagok a szövetséggel szemben elvesztették minden jogigényt.

IV. *A szövetség tisztikara.*

19. §. A szövetség tisztviselői: 1. az elnök, 2. két alelnök, 3. az első titkár, 4. két második titkár, 5. a pénztáros és 6. a gazda, a kiket évenként egyszer január második hetében a tisztújító közgyülés választ.

20. §. A szövetség tisztviselői mellé ugyancsak a tisztújító közgyülés 14 választmányi tagot választ. A tisztikar igy megválasztott 22 tagja képezi a szövetség választmányait.

V. *A szövetség tisztújító közgyülése.*

21. §. Tisztújító közgyülést minden év január első felében hirdet az elnök. Tisztújító közgyülésre szóló és napirenddel ellátott meghivókat január 1-én kell postára adni.

22. §. Ha a rendes és alapító tagok fele a tisztújító közgyülésen meg nem jelenik, akkor az elnök 2 héttel későbbre új tisztújító közgyülést hirdet, a mely minden körülmények között határozatképes. A meghivókon ezt a körülményt szintén fel kell tüntetni.

23. §. A tisztújító közgyülés napirendje: 1. Esetleges indítványok; 2. a lelépő titkár, pénztáros, pénztárvizsgáló bizottság és gazda jelentései, a melyekhez a közgyülés tagjai hozzá szólhatnak, a felmentést megadják vagy megtagadják; 3. korelnök és korjegyző választása; 4. egy vagy több szavazatszedő bizottság választása. Ez a választás a korelnök ajánlatára közfelkiáltással, vagy ha a többség nem nyilvánvaló, szavazó lapokkal történik. Ebben az esetben a lelépő tisztikar elnöke vagy alelnöke és 3 titkára, távollétük esetén megfelelő számú választmányi tagok, képezik a szavazatszedő bizottságot;

5. A tisztikar megválasztása, mely szavazó lapokkal történik

Csak az a szavazó lap számit, a melyen a 22 választandó szövetségi tag neve és annak megjelölése foglaltatik, hogy kit melyik állásra óhajt a választó. Olyan szavazó lap, a melyen 22-nél több vagy kevesebb név van, nem érvényes. Úgy a tisztviselők, mint a választmányi tagok megválasztásához egyszerű szótöbbség szükséges.

6. Három tagú pénztárvizsgáló bizottságot küld ki, a mely működéséről a legközelebbi közgyülésen számol be.

Az indítványok közül csakis azok tárgyalhatók, a melyeket legkésőbb deczember 20-dikáig az elnöknek irásban bejelentettek és a melyek a tisztújító közgyülés napirendjén alapszabályszerűen szerepelnek.

24. §. Évközben is tartható tisztújító közgyülés, ha a tisztikar lemondott. Ilyen esetben a közgyülés utasitja a jegyzőt, hogy 8—14 nap közötti terminusra újabb közgyülést hirdessen. Egyes lemondott vagy elhalálozott tisztviselők helyett újak a rendes közgyülésen is választhatók.

VI. *A szövetség rendes ülései.*

25. §. A szövetség havonkint legalább egy rendes ülést tart, a melyen a II-dik szakaszban érintett ügyeket tárgyalja. Elvi határozatot ezen ügyekben a közgyülés hoz. A napirendet feltüntető meghivókat az elnökség a szaklapokban idejekorán közli.

VII. *A szövetség közgyülése.*

26 §. Rendes közgyülést minden negyedévben tart az elnök meghivására, a ki úgy intézkedik, hogy a tagok a meghivókat a kitűzött közgyülés előtt legalább 10 nappal kézhez vegyék. A meghivókon a közgyülés napirendje kiteendő. A közgyülés csak akkor határozatképes, ha a tagoknak legalább $^1/_3$-a megjelenik. Határozatképtelenség esetében 8 nappal későbbre újabb közgyülést kell összehivni, a mely minden körülmények között határozatképes, de ezt a körülményt az újabb meghivókon ki kell tüntetni. Esetleg érkezett indítványok, továbbá a választmány és a rendes ülések határozati javaslatai és indítványai képezik a közgyülés napirendjét. A tárgyalás általános parlamentaris szabályok szerint történik és a közgyülés egyszerű szótöbbséggel határoz. Szavazategyenlőség esetén az elnök dönt.

A szavazás (a 17. §-ban említett esetek kivételével) nyilvános felkiáltással történik, tíz tag kívánságára a szavazás titkos; az elnök kivételével a tisztikar is szavaz. Az ülések jegyzőkönyvének hitelesítésével az elnök két jelenlevő tagot bíz meg Vendégek bármely ülésen csakis rendes tag ajánlatára, a gyülés beleegyezésével, lehetnek jelen.

VIII. *A választmány.*

27. §. A választmány a szövetség kormányzó közege; előkészíti az ügyeket a gyülések számára és végérvényesen dönt ama kérdésekben (17. §., 34. §. és házi ügyek), a melyek a közgyülés kizárólagos hatásköréhez nem tartoznak.

A választmány határozatképes, ha legalább 7 tagja jelen van. Egyszerű szótöbbséggel határoz. Az elnök is szavaz. Szavazategyenlőség esetében a választmány az ügyet visszautasítja és egy éven belől nem tárgyalhatja.

A választmány minden hónapban legalább egy ülést tart. A választmányi ülés napirendjét az elnök és első titkár állapítják meg. Minden indítványt, a melyet valamely választmányi tag vagy legalább 3 szövetségi tag a választmányi ülés előtt egy héttel az elnöknek írásban bejelent, a legközelebbi választmányi ülés napirendjére ki kell tűzni.

A napirenden levő tárgyak a választmányi ülésre szóló meghivókon felsorolandók. Csak az így előkészített ügyek tárgyalhatók.

IX. *A tisztikar feladata.*

28. §. Az elnök: 1. az alapszabályok értelmében vezeti a szövetség összes ügyeit; 2. az üléseken elnököl, azokban a rendet fentartja; 3. a szövetségi szabályok megtartásáért, valamint az üléseken a rendért felelős, miért is a tárgyalásokat félbeszakíthatja, az ülést felfüggesztheti, sőt fel is oszlathatja. Imparlamentaris, személyeskedő kifejezésekért rendreutasít; kétszeri rendreutasítás után a szótól is eltilthat; 4. a szövetség minden okmányát aláírja; 5. a szövetséget a hatóságokkal és egyesekkel szemben képviseli.

29. §. Ugyanez a jogkör az alelnököket is megilleti, a mikor az elnököt helyettesítik.

30. §. Az első titkár: 1. a szövetség minden okmányát és levelét szintén aláírja, 2. elintézi a levelezést, 3. gondoskodik az ülésekre szóló meghivókról, 4. szerkeszti az ülések jegyzőkönyveit, őrzi az irattárt és a szövetség pecsétjét és 5. szerkeszti a sajtónak szánt értesítéseket és munkálatokat.

31. §. A másodtitkárok a titkári teendőkben segédkeznek és az első titkárt helyettesítik.

32. §. A pénztáros gondoskodik a tagdijak beszedéséről; a szövetség bevételeit kezeli és a közgyülés illetőleg a választmány által meghatározott kiadásokat az elnök ellenjegyzése mellett eszközli. Mindezekről pontosan könyvet vezet, a melyet, valamint a pénztárt is a pénztárvizsgáló bizottságnak felülvizsgálás czéljából bármikor bemutatni köteles. A pénztárért kizárólagosan ő felelős.

33. §. A gazda a szövetség gazdasági ügyeit vezeti; a szövetség alkalmazottjainak közvetlen főnöke.

X. *Általános határozatok.*

34. §. A szövetség kebelében a tagok közt netalán felmerülő viszályok tárgyában a választmány határoz végérvényesen. Ha a tagok a választmány határozatának magukat alávetni vonakodnak, akkor az ügy a választmány esetleges kizárási inditványával a közgyülés elé kerül.

35. §. Az alapszabályokat csakis a közgyülés változtathatja meg és pedig $^2/_3$ szótöbbséggel.

36. §. A szövetség feloszlása csakis a közgyülés $^3/_4$ szótöbbségének határozatára mondható ki. A szövetség vagyona felett ugyanezen közgyülés határoz. Ilyenmű a választmányhoz intézett felszólítás tárgyalására tehát közgyülést kell összehivni, mely az indítványt a rendes módon tárgyalja.

Ezen határozatot foganatosítása előtt a m. kir. belügyministerium elé kell terjeszteni.

37. §. Az 1875. évi május hó 2-dikán 1508. sz. a. kelt az egyletekre vonatkozó belügyministeriumi szabályrendelet 9. pontjához képest:

a szövetség az esetben, ha az alapszabályokban meghatározott czélt és eljárást, illetőleg hatáskörét meg nem tartja, a kir. kormány által, a mennyiben működésének folytatása által az állam vagy a szövetségi tagok vagyoni érdeke veszélyeztetnék, haladéktalanul felfüggesztetik s a felfüggesztés után elrendelendő szabályos vizsgálat eredményéhez képest végleg fel is oszlattatik vagy esetleg az alapszabályok legpontosabb betartására, különbeni feloszlatás terhe alatt kötelezteték.

38. §. A szövetség hirdetményei a hazai szaklapokban közhirré tétetnek.

* * *

Közegészségügyi vita a parlamentben. A belügyministerium költségvetésének „közegészségügyi kiadások" tételét e hó 4-dikén és 5-dikén tárgyalta a képviselőház.

Papp Sámuel az *indiai pestisre* hívja fel a figyelmet, különösen arra, hogy a pestis ellenmérgét is feltalálták és azt szeretné, hogy a kormány ebből a serumból hozatna egy keveset az országba. Mert nincs kizárva, hogy Magyarországba behurczolják a pestist, bár ő azt hiszi, hogy az nálunk nem léphet fel veszedelmesen. Beszéde további folyamán elmondja, hogy a köztisztaság fentartása az egyik főfeladata a hygieniának, a másik pedig az, hogy ellensúlyozza azokat a káros befolyásokat, a melyeket a nevelés és szellemi oktatás és a mindig fejlődő és terjedő kultura az emberi egészségügyre nézve magában rejt. Természetesen e kettős feladat teljesítése tetemes pénzáldozatokba kerül. Az idei költségvetés 50,000 frttal többet vesz fel a közegészségügy czéljaira, mint a tavalyi, de ez mind kevés a nagy czél sikerére. Fájdalmasan említi fel, hogy az elhagyott és törvénytelen gyermekek megmentésével foglalkozó jótékony két egyesületet mindössze 8000 frttal segíti az állam. Az is szomorú, hogy az ország 25,000 elmebetege közül mindössze 4—5000 részesülhet intézeti kezelésben. Az ilyen intézetek szaporításánál a kolonialis rendszert ajánlja. A körorvosok helyzetének javítását ajánlja még a minister figyelmébe, mert valójában ettől függ az ország egészségügyének javítása.

Thaly Kálmán: Helyesli azokat a felszólalásokat, a melyek a kör- és községi orvosok anyagi helyzetének javítását kivánják. A Bécsben szerzett diplomát nostrifikáltatni kivánja. Szeretné, ha végre dülőre kerülne az orvosi kamarák ügye. Szól a pestisről. Csakis a quarantaine menthet meg bennünket, de azt sokkal szigorúbban kell létesíteni, mint a cholera-zárt. Szerencsétlennek tartja a kereskedelmi ministernek azt az intézkedését, hogy az új perzsa szőnyegek behozatalát megengedi. Azt is ki kell tiltani.

Bernády György: A járásorvosok, községi orvosok, gyógyszerészek, gyógyszerészeti képesítések és a gyógyszertárak, valamint a gyógyszerészeti kamarák ügyét ajánlja a minister figyelmébe.

Benyovszky Sándor gróf különösen hangoztatja a víznek és a lakásviszonyoknak a főváros és a vidék egészségügyére vonatkozó fontosságát. A nép egészségi állapotának szomorú voltát nagyrészt a drága gyógyítószerek okozzák. Szükségesnek tartaná, ha addig is, míg közegészségügyünket alapjában, egészében rendezni lehet, a belügyminister figyelmét a gyógyszertárakra fordítaná, mert a gyógyszertárak szerinte minden esetre átalakítandók és reformálandók.

Buzáth Ferencz: Hibáztatja, hogy a szegények gyógyítására nem vett fel semmit a minister, holott még két év előtt is negyvenezer forint volt felvéve, hanem áthárította ezt a községekre, a melyek már amúgy is túlságosan meg vannak terhelve. Pedig a szegény betegekről való gondoskodás nem localis, hanem országos érdek, melyet az államnak kell a kezébe venni. Hosszasabban szólott a betegápolási költségekről, a betegsegítő egyesületek visszaéléseiről, az élelmi szerek és italok, főleg a cognac hamisításáról és a trachoma terjedéséről, végül a gyógyszerészeknek kedvezőtlen helyzetéről.

Major Ferencz szerint a közegészségi törvény, a mely különben nem rossz, évek óta gazdátlanul lebeg a központi kormányzat és a törvényhatóságok között. Soha ezt a törvényt kellő szigorral végre nem hajtották, a minek következménye, hogy a halál megfelezi a gyermekeket s a betegség agyonsanyargatja a munkásokat. A törvényhatóságok közönyösek a közegészségügy érdekeivel szemben, a mi az egészségügyi ismeretek hiányából ered. Statistikai adatokat hoz fel hazánk szomorú egészségügyét illetőleg. A fertőző betegségek elleni védekezést államosítani kivánja. A továbbiakban szól a lakásviszonyok rendezéséről, az orvosi körök nagyságáról, a körorvosok díjazásának alacsonyságáról. Kórházakban nagy a hiány, a kórházak legnagyobb része nem állja ki a kritikát. A tébolydákról szólva, felhívja a belügyminister figyelmét, hogy ezen humanus intézménynyel szemben tegye meg azt a kívánni valót, a mit az egész ország közönsége oly régen méltán vár. A gyógyszerészet ügyét illetőleg nem látja indokát annak, hogy a gyógyszerészi kar vagyoni biztonsága, megélhetése, egyéni függetlensége oly szigorral legyen megbénítva és megingatva, a mint azt a tervbe vett gyógyszerész-törvény sejteni engedi. A közegészségtant, elkezdve már az elemi osztályokban, minden intézetben mint kötelező tantárgyat kellene behozni. A jogi karon is kötelezőleg kellene tanítani e tárgyat és annak ismeretét a qualificatio feltételének kellene tekinteni a közigazgatásban működő egész tisztikarra nézve. Végül szükségesnek tartja az oly népszerű könyvecskék terjesztését, melyekben az egészségtan legfontosabb tételei, főleg a fertőző betegségek elleni védekezés és a gyermekek okszerű ápolása vannak ismertetve.

Perczel Dezső belügyminister: Általában megjegyzi, hogy a közegészségügy rendezetlen voltának nem csupán a pénzügyi helyzet az oka, hanem az erők hiánya is. Hiszen 180 egészségügyi kör van orvos nélkül. Nem lehet másképen eredményt érni, mint a *fokozatos javítással.* Elismeri, hogy igen sokan vannak az orvosi pályán, a kik a külföldön szereztek meg a diplomát; de a számuk már fogy s most az orvosok létszámának csak harmincz százalékát teszik. Az orvosok közül 2109 van hatósági szolgálatban s fizetésük átlag 643 forint. Halottkémi teendőket pedig 1453 orvos végzett. Most mindössze 167 oly község van, a melyben nem akadt ember a halottkémi teendők ellátására. Haladás constatálható a fertőző betegségek ellen való védekezés körül is. A *betegápolási költségekről* már legközelebb bemutatja a kész törvényjavaslatot. Az orvosi kamarák dolgában elmondja, hogy csak pár nap előtt egy új javaslatot adott ki a közegészségügyi tanácsnak s minden hazai orvosegyesület elnökének azzal, hogy május elsejére véleményt adjanak róla. A *gyógyszerészet* rendezése most van a megérés stadiumában. Az ősz folyamán elkészül a pozsonyi kórház elmebeteg osztálya. E kórházban máris 110 elmebeteg van elhelyezve. A mult évben Niedermann dr.-t kiküldte a belügyi osztályfővel együtt a más országbeli elmebetegkórházak berendezését tanulmányozni. Ez urak azzal a meggyőződéssel jöttek vissza, hogy a kolonialis rendszer nagyon beváló, egyrészt, mert kevesebbe kerül, mint a czellás rendszer, másrészt, mert kolonialis rendszerű kórházaknál a betegeket földmíves és egyéb könnyű munkára is lehet alkalmazni. Jelezheti, hogy már legközelebb egy ilyen rendszerű kórházat fog építtetni. A betegápolási költségek, elismeri, nem folynak be teljesen az egyes törvényhatóságoktól, de ezen a téren is javulást constatál.

* * *

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEMI
II. SEBÉSZETI KLINIKUM

Melléklet az „Orvosi Hetilap“ 7. számához. Jubilaeumi szám. Budapest, 1897. évi február 14.

SZEMÉSZET.

Szerkesztik SCHULEK VILMOS tanárságának 25-dik évfordulója alkalmából TANÍTVÁNYAI.

Tartalom: *Imre József* dr.: Hályogműtéti tapasztalatok. — *Csapodi István* dr.: A tömeges vizsgálatok egyik tanuságtétele. — *Issekutz László* dr.: Műtétek a vidéki praxisból. — *Löcherer Tamás* dr.: Adatok a Schulek tanár-féle hályogoperatióhoz. — *Somogyi Zoltán* dr.: Közlemény sz. kir. Debreczen város közkórháza szemészeti osztályának 3½ évi működéséről. — *Grósz Emil* dr.: A tabeses látóidegsorvadás. — *Blaskovics Fridolin* dr.: A cornea daganatai. — *Scholtz Kornél* dr.: A retinitis leukaemicáról. — *Waldmann Béla* dr.: Az iridectomia befolyása a glaucoma prognosisára. — *Leitner Vilmos* dr.: Neuritis retrobulbaris acuta.

Hályogműtéti tapasztalatok.

Irta: *Imre József* dr. Hódmező-Vásárhely.

A szemészet legfontosabb, legtöbbet vitatott kérdése az öregkori hályog kivételének ügye, talán soha sem lesz érdektelenné s talán mindig megmarad a szakirodalom napirendjén. Emberi természetünk kényszerit rá, hogy a jónál inkább kivánjuk a jobbat s hogy a legjobbnál is többre becsüljük és fáradhatlanul kutassuk az absolute jót: a tökéletest. Embertársaink ránk bizott nagy érdeke követeli tőlünk, hogy ne nyugodjunk addig, mig a másként egészséges szem hályogját veszedelem nélkül, vagy helyesebben: a veszedelem biztos és öntudatos elhárításával nem tudjuk operálni.

A sértett lelkiismeret s a veszedelmek ellenében elégtelennek bizonyult erőnk ismerete okozza, hogy a hályogműtét ügyére oly gyakran visszatérünk s számtalanszor esünk bele újolag a már sokszor elhagyott circulus vitiosus-okba; innen van, hogy Davieltől Graefeig, s ettől a mai napig oly igen sokszor merültek fel azonos javaslatok, rég elfeledett módok és műszerek újra felfedezései, hogy ismét megtalálják a sikertelenségben a czáfolatot s azután a feledést. A tárgy érdekessége, gyakorlati fontossága s a vele foglalkozók nagy száma okozza, hogy értelemben, tapasztalatban s a működés módjaiban és méreteiben oly nagyon különböző egyének közlik a véleményöket a hályogműtét ügyében s nem lesz kizárható a tárgyalásból soha a meggyőződések nagyon is subjectiv szinezete és e miatt a nyilatkozók egyéni értékének befolyása az olvasókra és a közvéleményre. Fájdalom, a hályogműtét a természeti igazságok kutatásának legfőbb módszeréből: a kisérlettevő módszerből nem húzhat hasznot; nem törvények és elvek megismerése kellene már itt, hanem az összes veszedelmek könnyű felismerése és elhárítása *minden eyyesnél*, az összes kórtani (bacterioskopikus, élettani stb.) segédeszközök oly pontossága, mely ma még ábrándnak is sok volna. Ma tehát még nem kerülhetjük el, hogy egy némileg bizonytalan mankóra: az „egyéni tapasztalatra“, tehát a sok esetben kapott benyomásokra és eredményekre támaszkodjunk, jóllehet soha sem tudjuk, hogy két, vizsgáló módszereink alapján *egyenlőnek* tartott, hályog-esetben nem lesz-e az eredmény teljesen *egyenlőtlen*, tehát az eredmény felől döntő mozzanat, a mint ebből már következik, előttünk ismeretlen, mert szokott vizsgálódásunkkal ki nem mutatható.

Mind a mellett is meg van a haszna, ha a tapasztalatokat közlik s véleményöket statistikai vagy kórodai módon támogatják az egyesek, akár ezrekre, akár százakra megy azon esetek száma, melyekből az észleletek és vélemények származnak. A köztudatba lehetőleg minden irányú adatnak át kell menni s a közvéleménynek lehetőleg sokak véleményéből kell alakulni. Sem az egyesek által közölt feltünően kedvező és szerencsés műtét-sorozatok benyomása, sem egyes nagy tapasztalású tudósok személyes tekintélye nem elegendő arra, hogy minden kétes pontot világossá, minden nehézséget legyőzhetővé s minden veszedelmet elháríthatóvá tegyen. Minden operáló egyéni helyzetek megoldásán egyéni eszközökkel fáradozik; a sikert fenyegető veszedelmek egyiknek gyakorlatában nem olyan fajták, nem ott lappanganak, mint a másikéban. Az a különbség, mely a világ különböző részeiben hályogot operáló orvosok jelentéseiben az eredményeket és a küzdelem fő tárgyait illetőleg látható, nemcsak az illetők egyéni nézeteiben, hanem működési viszonyaikban betegeik fajában, müveltségök s életmódjok különbségeiben s más ilyesekben is gyökerezik. Igen valószinű, hogy *Trousseau* nem mutathatott volna fel 800 sikeres hályogműtétet egymás után a *Pope* helyén Madrasban, s *Knapp*, ha New-York helyett Hódmező-Vásárhelyen operál, nem operálhatja hályogosai 60—70 százalékánál az utóhályogot s nem producál oly sok éles látást. Ilyen okok is szólnak a mellett, hogy a hályogműtét kérdésében a „kis emberek“ szava is meghallgattassék, már csak azért is különben, mert egyfelől az ő bajaikra is kell irat nyujtani a tudománynak, másfelől ők vannak legközelebb azokhoz, a kiknek ránk legnagyobb szüksége van s a kiken legbajosabb segiteni: az igazi néphez.

Ilyen gondolatfüzés vezet arra az elhatározásra, hogy működésem legfontosabb s nem legsikertelenebb részéről: hályog-kivételeimről előbbi kimutatásom folytatásául s azzal egyesitve, ez alkalommal jelentést tegyek és némely fontosabb kérdésről véleményemet elmondjam. Jól tudom, hogy csekély számaim közlésének s meggyőződésem, vélekedésem kimondásának értékét sokkal emelné, ha az én munkám a klinikai működés minden segédeszközével volna folytatható; ha nem hiányoznék ezek közül egy, mely pedig épen az alább mondandók egy részére nézve döntő fontosságú volna: a bakteriologiai kutatás. De viszonyaim közt, legalább egyelőre, ezzel foglalkozni lehetetlen. Szerencsére azt, mit gondolkozásom s adataim szerint elmondok, kiegészíti a mások vizsgálódása.

Ennek a közleménynek czélja: számot adni újabb *275 hályog-kivételnek* (a régebben ismertetett 200-zal együtt 475-nek) eredményéről s némely adatairól és egy szerény adalékkal járulni a kombinált és egyszerű hályog-kivételi mód jó és rossz oldalainak ismeretéhez.

I. Hályog-kivételek *kombinált műtét-mód* szerint.

Hályog minősége	Férfi	Nő	Műtéti rendellenesség: üvegtest-veszteség	kanalazás	sok kéreg benmaradása	sebtágítás	Lefolyás: hyphaema	iritis	sebrepedés	hosszas hurut	genyes lob	panophthalmitis	Eredmény: I.	II.	III.	veszteség	ideális eredmény	Utó-műtét	
Cataracta nondum mat.	19	16	2	—	7	1	1	6	—	4	—	2	30	1	2	2	1	8	Iris a sebzúgban maradt = 1 esetben.
C. matura	39	34	2	—	1	—	5	8	2	12	—	—	71	2	—	—	12	4	Iris a sebzúgban maradt = 2 esetben.
C. hypermat.	25	16	—	1	3	1	6	6	1	6	—	—	39	—	2	—	7	5	
C. Morgagniana	2	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	4	—	—	—	3	1	
C. mollis	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	
C. complicata	9	6	2	1	—	—	—	1	—	—	—	1	6	8	—	1	—	—	
C. luxata	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	
C. fusca	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	
Összegek	99	75	6	2	12	3	14	21	3	22	—	3	155	12	4	3	23	18	
	174																		

II. Hályog-kivételek *szivárvány-metszés nélkül* (Extr.-simplex).

Hályog minősége	Férfi	Nő	Műtéti rendellenesség: üvegtest-veszteség	kanalazás	sok kéreg benmaradása	sebtágítás	Lefolyás: hyphaema	iritis	sebrepedés	hosszas hurut	genyes lob	panophthalmitis	Eredmény: I.	II.	III.	veszteség	ideális eredmény	Utó-műtét	
Cataracta nondum mat.	10	7	—	—	4	—	1	1	—	1	1	—	15	—	2	—	4	2	1 szarutályog.
C. matura	27	26	1	—	4	—	—	7	2	1	1	1	49	1	—	3	11	10	2 irido-chorioiditis. 10 iris-*prolapsus.*
C. hypermat.	15	7	—	—	2	—	—	2	1	2	—	—	22	—	—	—	7	4	2 iris-*prolapsus.*
C. morgagniana	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	1	—	
C. mollis	—	4	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	2	
C. complicata	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	
C. luxata(compl.)	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	Irido-chorioiditis; atrophia
Összegek	56	45	2	—	11	—	1	12	3	5	2	1	92	2	3	4	23	18	
	101																		

Azok a számok, melyek a mellékelt 2 táblán hályog-műtéteim lefolyásáról és eredményeiről gyorsan áttekinthető képet nyujtanak, még ha hozzá számítjuk is azokat, melyeket előbbi kimutatásom[1] tüntetett fel, nem valami nagyok és értéköket, a mi csekély van, nem sokféle tanulság támogatására használhatom. De vannak oly meggyőző részei e szám-csoportoknak, melyekből nem csak subjectiv módon a magam, de remélem, mások számára is tehetek következtetéseket. E következtetések nem új észleleteket s nem új igazságokat, csak ezek újabb adatokkal való támogatását jelentik.

[1] Kimutatás 200 hályog-kivétel eredményéről. „Orvosi Hetilap", 1891, Szemészet.

Azon viszonyokat, melyek közt műtéteim végbe mentek, már régebben, részint a hályog-kivételekről szóló czikkben részint a városi szemkórházról szóló jelentésemben[1] ismertettem volt; azóta nem változtak semmit. Az egy ember által, teljesen azonos helyiségekben, azonos személyzet közreműködésével végzett 475 hályogműtétre visszatekintve s a táblázatokat összevetve, legelőször is kiderül az, hogy én is meghajlottam a felfogásnak azon természetes változása előtt, mely legtöbb szemorvost az ideálisabb eredmény reményében az *egyszerű hályog-kivétel* megkisérlésére és elfogadására késztetett s nálam is bekövetkezett az az eset, hogy reményeim

[1] Kimutatás a hódmezővásárhelyi városi szemkórház első 3 évi működéséről. 1894.

egy részében csalódva, a tapasztalattól élesített tekintettel jobban megválogatott esetekre szorítom ezt a műtét-módot s az általános eljárás méltóságáról leszállítottam. Hogy ennek okát adhassam s magam előtt is adataimat tisztázzam, két csoportba soroztam műtéteimet, a műtét módja szerint. A kombinált módon, szivárvány-kimetszéssel végzett hályog-kivételek száma: 200 + 174 = 374, a simplex-ek száma 101.

Az első 200 műtét eredménye az volt, hogy közülök *elveszett* (egy complicált hályog leszámításával) = 2%, II. osztályú eredményt adott 5%, első osztályút = 92·5%. Megjegyzem, hogy az eredmény osztályozásában akkori és mostani eljárásom közt az a különbség, hogy most a II. osztályba az $^1/_{10}$-nél kisebb s ujjak *1 m.-ről* olvasásánál nagyobb látóképességet sorolom, a javítható láta-elzáródásokat III. osztályú eredménynek nevezem s a sorvadt vagy fényérzéstelen szemeket a „veszteség" rovatába írom be. Az összes 475 műtét között, mindent összevéve, *veszteség* volt = 12 esetben, III. osztályú eredmény 8-ban, II. osztályú 23-ban s I. osztályú 432-ben. De ennek a magas számnak (mely ugyan 4·3%-ot jelentvén, Stellwag, Schweigger s más mesterek veszteség-százalékát meg nem haladja) olyan oka van, mely munkám minősége s eredménye iránt megtéveszti az ítéletet, ha nem távolítjuk el: hogy az új sorozatban, sajátságos esetlegként, *17 complicált hályog* foglaltatik, melyeknek eredménye igen kedvezőtlenül oszlik meg; van ugyanis köztük: 6 első, 8 másod-, 1 harmadosztályú eredmény s *3 elveszett* szem. Ezek leszámításával az újabb sorozatban 258 complicálatlan hályog műtéte közül *első osztályú* látást nyert 241 (93·4%), második osztályút 6, harmadik osztályút 6, *veszteség* lett 5, vagyis 2%. Az összesen (régibbek s újabb közt) 24-re menő complicált hályogot kivéve tehát, I. osztályú eredményt kaptam 451 esetben (= 93·7%), II. osztályút 11-ben (= 2·4%), III. osztályút 7-ben (= 1·55%) s a veszteség száma 9, a mi ismét csak 2%-ot tesz. Természetes, hogy ez a szám csak akkor volna kifogástalan, ha az összes javítható láta-elzáródásokat már megoperáltam s használható szemekké tettem volna, a mi nem történt.

Ez adatokban beszámolván műtéteim sikeréről általában s későbbre hagyva az elveszett szemekről való megemlékezést, mint legfontosabb részletről, a *műtét-módról*, az egyszerű és kombinált kivonás-módról mutatom be némely tapasztalásomat. Első jelentésemben még azon gondolkozást fejeztem ki, hogy elég jó eredményeim a kombinált mód követésére *kötelesznek* és semmi sem *követeli*, hogy az extr. simplex-vel próbát tegyek. De fokonként meggyőződtem arról, hogy bármily csekély tökéletesítés a hályog gyógyításában elsajátítandó s erkölcsileg kötelességgé válik; mindig csábítóbb adatokat találtam az ez iránt folyó vitában s azonkivül, a kerek és reagáló pupilla megvesztegető képe engem is vonzott, s hozzá tehetem: első eredményeim oly feltünően kedvezők voltak, hogy nem állhattam meg, hogy nagyobb sorozatban ki ne próbáljam, mit tudok e műtét-móddal elérni. Láttam jól, mily nevezetes nyilatkozatok esnek az egyszerű kivonás-mód általánosítása ellen, tudtam mily nagyon megoszlanak a vélemények, az iris-prolapsusnak, utóhályog szaporodásának veszélye eleve ismeretes volt előttem: de mit tudhattam én, vajjon az én embereim közt, az én kezem után, minő arányban következnek be és maradnak el a veszélyek és hogyan alakul a haszon, melyben operáltjaim részesülnek? Az eseteket megválogattam s a legkedvezőbbeket: a fiatalabb egyéneket, a legsimább kötőhártyákat, a legelevenebb mozgású pupillákat, eleinte még hozzá a legjobban érett hályogokat is, vetettem ilyen eljárás alá. Végre 101-et tesznek ki az extr. simplex esetei; ezt már nem keveselhetjük mint összehasonlítás alapját. Nekem magamnak feltétlenül *elég* arra, hogy megállapodjam az iránt: mit fogok jövőben cselekedni s hogy megértsem a mások baját és örömét, feltétlenül *kevés* e szám arra, hogy a két műtét-mód értékét *belőle* ítéljük meg, a mint hogy nem is lehet ezt számokban kifejteni s belőlük megítélni; hiszen csak két legújabb közleményre kell hivatkoznom, hogy a mindkét irányban felhozható kedvező adatokból azt a következtetést tehettük, hogy minden eljárással *lehet* hasznot tenni s igen szép eredményeket halmozni össze. Az egyik *Károly bajor kir. herczeg* 1000 hályog-kivételét ismerteti,[1] ki elvileg kerülte az egyszerű kivonást (csak négy esetben végezte) s 1·6% vesztesége, 3·2% „mérsékelt eredménye" és 95·2% I. osztályú sikere volt. A másik egy keletindiai szemorvos: T. H. *Pope* közlése,[2] ki csak szükségből végez szivárvány-metszést, a toknyitást tüvel a sebkészítés *előtt* végzi s a műtét közben és után sok különös rendszabályt követ (operáltjait a nyolczadik napon elbocsátja stb.) s kinek 2000 egymásutáni műtét között 3·15% vesztesége van, de csak 9·5%-ban volt kénytelen iridectomiát végezni. Ide jegyezhetem, még több joggal mint az előbbit, *Hirschberg* füzetét[3], melyet ugyan erős bírálattal kell olvasnunk, hogy adataival végleg a simplex-rajongók táborába ne csaljon bennünket s kinek utolsó 200 kivonása közt semmi vesztesége sincsen és szivárvány-előesése is csak „mintegy 4%-ban". Erről még alább lesz szó.

A magam eseteit azon elv szerint bírálom meg, melyet említett régibb közleményemben állítottam fel: hogy minden esetben három dolgot kell megkövetelnünk, a lobtalan gyógyulást, a tiszta pupillát, tehát jó látást és a jól forradt sebhelyet. Az a legjobb eljárás, mely legtöbb esetben adja meg mind a hármat; más szóval: akkor teljesítettük jól szemorvosi kötelességünket, ha (bármily eljárással) mindhárom irányban tökéletes eredményt szereztünk.

Ha a műtétbeli és gyógyulásbeli rendellenességeket nézzük a mellékelt táblákon, úgy találjuk, hogy nagy eltérés a két műtét-mód között nincsen. Üvegtest-veszteség az I. táblán 6 (mintegy $3^1/_2$%), a II-ikon 2 van; sok kéreg benmaradása természetesen több van a simplexek esetében = 11% áll szemben 7%-kal (12 eset), minek megfelelően az utóműtétek száma is nagyobb = 18% itt, 10% amott. Ez nem egyenes következése a műtét módjának, mert nem minden utóhályogot lehetett és kellett operálni, de bizonyos, hogy minél vaskosabb ez, annál inkább operáltatja az illető. A *láta megtisztításának* tökéletességét inkább mutatja az a rovat, mely az „*ideális eredmény*" feliratot viseli. Előbbi kimutatásomban csak az egészen „tiszta láta" volt feltüntetve (28%-kal), de az ide sorolt esetek némelyikében vagy előrement gyuladás nyomai, vagy nem egészen jól forradt seb, becsipett szivárvány vagy ilyesfélék lehettek jelen; most úgy gondoltam, jobb lesz kitüntetni az olyan szemeket, melyek gyógyulása, látóképessége s végleges állapot ellen (tehát a fenti három szempontból) egyaránt semmi kifogást sem lehet tenni. Ilyen eset mind a két csoportban 23 van, tehát az I. táblán *14*%, a II-ikon (extr. simplex) = *23*% azon esetek aránya, melyek a lehető legjutalmazóbb eredményt nyujtják s melyek még a lefolyás alatt sem adtak kifogásra okot. Jól tudom, hogy ez ismét nem a műtét-mód következése, hanem főleg abból ered, hogy az egyszerű kivonásra megválogattam az egyéneket, de nem tartottam haszontalannak kiemelni az ilyen, ideális gyógyulású esetek arányát, már csak azért is, hogy megmutassam, mily sok javítani valót látok én a hályog-műtét körüli eljárásainkban s kell is látnom, ha összes eseteimnek *csak 16·7%-a* volt minden tekintetben kifogástalan. Igaz, hogy egy kis utóhályog, egy — különben is mulékony — hátsó synechia s más ily apróságok sokszor a legélesebb látással megférnek együtt, de mégis elkerülendők, ha csak úgy is, mint szépség-hibák.

A *gyógyulás* menetében általában elég sok rendellenesség fordult elő, de a két műtét-mód közt csak két, előre várható, különbség mutatkozik. Megegyezik a két csoport a fellépett *iritisek* arányát illetőleg, a mi mindkettőben 12%-ot tesz. Ez a szám nem egészen világos (hiszen a *Michel* klinikájáról, az aseptikus eljárás dicsőítésére közölt s alább említendő kimutatásban is szintén 275 eset között 21-szer van feljegyezve, a mi 8%-nak felel meg), de magyarázatára meg kell említenem, hogy a szivárvány legkisebb gyuladása is fel

[1] *Zenker H.* Tausend Staaroperationen. Wiesbaden, 1895.

[2] T. H. *Pope.* Cataract in the Madras Presidency etc. With a tabular statement of *five hundred* cases. London, 1896.

[3] 25jähriger Bericht über die Augenheilanstalt von J. Hirschberg. Berlin, 1895.

van számítva. Figyelembe veendő itt az, hogy a kombinált kivonás-módot a tisztátlanabb kötőhártyájú embereknél követtem, a minek egyik következése a *hosszas hurut*, ezen műtétfaj után 22 esetben (= 12%) mutatkozott, míg egyszerű kivonás után csak öt esetben fordult elő. Azt hiszem, hogy a kötőhártyai műtét előtti vagy csak azután keletkező (a szem bekötésétől megindított) hurutos állapotnak nagy jelentősége van egyebek közt a szivárvány-lobok keletkezésében is; erre nézve bizonyítékul hozhatom fel azt az észleletemet, hogy az összes iritisek, talán 2—3 kivételével, *nem közvetlenül a műtétet követték*, hanem több nap mulva, rendesen a 4—5. napon jelentek meg, míg a hurutos jelenségek, a váladék, a szempilla csekély vizenyője, sőt néha a kötőhártya alsó hajlásának vizenyős duzzadtsága is, jóformán soha sem vártak tovább 36 óránál. Nem azt állítom, hogy a műtét után kitört hurut *okozta* (bár nem egyszer az ügy menete szerint okozhatta is) a szivárvány gyuladását, hanem azt, hogy az a szem, mely a bekötés miatt hurutot kapott, a kötőhártyán lappangó fertőzöttség miatt kapta az iritist műtét alatt vagy után bejutott csirák miatt. S ha ez így van, akkor figyelemre méltó jelenség, hogy az egyszerű kivonás alá vetett tisztább (vagy annak gondolhatott) szemeken ugyanannyiszor volt gyuladt a szivárvány, mint a másik fajta műtét után. Ez vagy azt bizonyítja, hogy az iritis műtét után *nem kötőhártyai* eredetű (mert hiszen tiszta és tisztátlan kötőhártya mellett egyképen mutatkozhatik) vagy azt, hogy az egyszerű műtét-mód *fogékonyabbá teszi* a szemet az iritisre, a mindig ott lappangó s hurut által néhaelnem árult, fertőző anyag iránt. Ezt az utóbbit nagyon el tudom képzelni; e műtétnél a seb a szarúban van, de legalább is hiányzik a kötőhártyai lebeny s kinyomáskor a szivárvány érintkezik a sebtájékkal, esetleg a spatulával, mely előbb a szemgolyó külső színét is érinthette, a seb könnyebben tátong (legalább némely esetekben) s a nyomkodott, zúzott szivárvány vérmes, duzzadt lehet, e miatt a szempillák többet mozognak sőt maga a bulbus is, legfőbb ok azonban az iris kicsúszása s eseteimben is legtöbbször ez volt a gyuladás oka. De erről alább többet kell szólanom.

A nagyobb fokú *seb-fertőzések* eseteit tekintve, ezekből kijutott mind a két csoportnak; az I. táblán (a complicált hályogokat leszámítva) 2 panophthalmitis, a II-ikon egy ilyen és két genyes szarúhártya-gyuladás van feljegyezve. Nem szabad e különbséget nagyon felrónunk a simplex kivonásnak, de mégis feltünő, hogy amott a veszteség 159 esetből = 2, itt pedig 100 esetből = 3. Nem lesz felesleges, az elvesztett szemek történetét röviden bemutatnom, a műtétek sorrendje szerint.

1. K. Antal, c. mat. Extr. spl. 1892. V. 27. Toknyitás elégtelen, lencse hirtelen ugrott ki, sok üvegtest veszett el, szarú befordult. A 4. napon erős iritis; láta elzáródott, szem sorvadt.

2. K. Pál, c. nond. mat., 93. I. 28. Rendes műtét; iszákos, satnya ember. Panophthalmitis.

3. R. Sándorné, c. mat. Extr. spl. 93. IX. 6. Rendes műtét. Lobtalan sebgyógyulás; vastag secund.; IX. 25. *discissio* p. corn., utána infiltr. corneae, iridoyclitis; szarú lelapult, láta elzáródott, fényérzet maradt. Nem javítható.

4. M. Andrásné, c. nond mat. 95. XI. 9. Rendes műtét; 24 óra mulva szarútályog kezdete; 5-ik napon panophthalmitis. Sublimat-injectiók hatástalanok.

5. D. Imréné, c. mat. Dacryocystoblennorrhoea, hosszas kezelés után: Extr. spl. 96. VI. 24. Rendes műtét; másnap nagy prolapsus. Panophthalmitis, 2 sublimat-injectio daczára.

Látnivaló, hogy az egyszerű kivonás módjának rovására (vagy inkább az operáló gyakorlatlanságára) irható az első eset, melyben az ily eljáráskor megnehezített toknyitás nem volt jól megitélhető s a nagy trauma okozta a szem vesztét; a 3. esetben az extr. simplex egészen simán folyt le, a szem jól gyógyult, de az utó-műtét (korán is történt!) fertőzést okozott. Az 5. esetben hosszas kutaszolással, átfecskendezésekkel, öblögetésekkel megszüntetvén a könytömlő váladékát, elhalványítva a kötőhártyát, kivonást végeztem (próbakötések alatt s műtét után sem volt a tömlőben váladék) s utána a szivárvány előcsúszott. A genyedő szemgolyó-gyuladás e nélkül is bekövetkezett volna, úgy hogy ilyen esetben soha sem hagyom el többé a mesterséges fistula sacci lacrym. előleges megkészitését, melyet egy pár hasonló esetben biztos eljárásnak ismertem meg. A kombinált módon operált s genyedés miatt elpusztult két szem, melyek műtétében semmi hiba sem fordult elő, azon esetek közé tartozik, melyekben a kötőhártya s a szempillák sterilizálásával, eddig használt módszereink nem tudnak megbirkózni; úgy látszik ezt a nagy feladatot az én, bár a polypragmasiához közelitő, eljárásom sem tudja eddig megoldani. Hogy minő fogásokat használok s az antiseptikus eljárás milyen eszközeit gondolom legjobbaknak ez idő szerint, röviden még érintem a későbbiekben.

Ha a műtét menetében és a gyógyulás közben mutatkozó gyuladások tekintetében nem látok is nagy különbséget a két műtét-mód között, van egy kisebb dolog, mely különbséget mutat, az egyszerű kivonás javára s ez a *hyphaema* ügye, meg egy sokkal fontosabb: a *szivárvány előcsúszása* (prolapsus), mely igazán bête noir-ja minden szemorvosnak s ennek az eljárásnak megölő tulajdonsága.

A „hyphaema“ rovatába kétféle esetet vettem be; egy részben a vér még a műtéttől maradt a csarnokban, másik részben utólagosan, a szem megsértése miatt ömlött oda. Nem választottam szét a kétféle esetet, mert nem az ok, hanem a csarnokban a vér jelenléte volt fontos, alkalmatlan, sőt pár esetben veszedelmes. Több olyan eset volt, hogy a szem (gyanítható vagy elismert) megsértése okozta a seb megnyilását, az utólagos vérzést, más esetekben meg a prolapsust, de ez utóbbi csak egy esetben járt egy kis csarnokbeli vérömléssel. A hyphaema tehát a *kombinált műtét-mód sajátsága* és rossz oldala: egyszerű kivonás után egyetlen egyszer van feljegyezve, a másik után 14-szer, míg „sebrepedés“ mindkét eljárás után 3 esetben (nem számítva ide az iris kicsúszásával együttes megnyilását a sebnek). A 14 hyphaema-eset soknak látszik; de betegeim socialis és értelmi viszonyai érthetővé teszik a nyugodt magaviselet hiányát egy részöknél. Hasonló tapasztalatot közöl *Haab* zürichi klinikájáról *Arnold Th.*,[1] ki a kombinált módon operált 273 hályogosnál 18 utóvérzést s 5 sebrepedést talált; a kórházi betegeknél többször találta, mint magánbetegeknél. Hogy ez nem mindig nagy baj, tudjuk; de hogy néha komoly bonyodalom, azt egy pár régibb közleményemben is feltüntettem volt s a most szóban levő esetekben is tapasztaltam. Most is abban a véleményben vagyok, hogy a csarnokbeli vér, legtöbbször igen lassan (hetek alatt) szivódván fel, a szemet nyugtalanítja, vérmességet, sőt gyuladást tart fenn a szivárványban, sőt esetleg a sugártestben is, hozzájárul a secundaria vastagodásához és hogy *eltávolítása* minden esetben szükséges, mikor 3—4 nap alatt magától egészen el nem oszlik; ezt az eloszlást semmiféle gyógyszerrel siettetni nem lehet. A punctio után legtöbbször azonnal megjavul a szem állapota; a belöveltség elmulik, az érzékenység megszünik s ha kell, a láta atropinra kitágul.

A szivárvány-hártya *kicsúszása* a 101 egyszerű kivonás után *12-szer* történt, 10 érett és 2 túlérett hályog műtéte után. Hogy nálam 12%-ot tesz e szerencsétlenség, hogy a londoni (Moorfields) szemkórház legutolsó kimutatásában ez eset *13·86%*-ban fordult elő,[2] míg Knappnál 8%-ot, Hirschbergnél 4%-ot tesz, az vagy esetleges dolog, vagy a műtét módjától, vagy a feljegyzés pontosságától függ; az utóbbi eshetőségre azért gondolok, mert Hirschberg[3] azt mondja, hogy „ich finde Irisvorfall nicht häufiger ohne, als mit Irisausschneidung (kaum in 4% der Fälle)“ s azután alább megemlíti, hogy „egészen kerek vagy a kerekséghez közel járó pupillát kapott 73·5%-ban „eine ausgeschweifte in 26·5 Proc.“. Már pedig ilyen rendetlen, valamely irányban félre húzódó láta másból nem származik, mint az iris egy részének a *sebbe való becsipődésétől*. Nem kell sokat mondanom arról, hogy ilyen esetekben is megvan a sebtáj későbbi gyuladásainak az a vészes következése, hogy a szemgolyóba behatolván, ott pusz-

[1] Archiv für Augenheilkunde, XXV. köt. 1892. 49. l.

[2] *Devereux Marshall*. Centralbl. f. pr. Augenheilk. 1896. november. 341. l.

[3] i. h. 12. l.

titó belső gyuladást idéznek elő. Tehát bizonyos, hogy a legelőkelőbb szemorvosok sem tudják a prolapsusokat s az irisnek a sebbe tapadását biztosan meggátolni, a mi azt jelenti, hogy az egyszerű kivonásokkal együtt jár az a veszedelem, hogy az esetek bizonyos százalékában a szemgolyó egy pontja nem elég jól van biztosítva fertőzéses anyagok behatása ellen. Az ilyen locus minoris resistentiae sok szem vesztét okozta már.

Ilyen gyengült ellenállású szemgolyó az a 12, az én egyszerű kivonásaim után, melyekben a szivárvány kicsúszott. Hasonló állapot kisebb mértékben régibb 200 hályog-kivételem között 4-szer s most szóban levő 174 kombinált műtétem után 3-szor maradt meg a szemeken. Ez óriási különbség! Maga elég arra, hogy vagy végleg elejtsük az extr. simplexet vagy nagy gonddal igyekezzünk a prolapsus okait megismerni és az ily eljárásra alkalmas szemeket megválogatni. A kicsúszás ugyanis nem minden esetben, sőt az én viszonyaim közt *ritka esetben kezelhető úgy,* hogy a sebvonal és az iris egymástól egészen szabaddá legyenek.

Úgy gondolom, hogy a prolapsus létrejöttére kedvező a helyzet: *a)* ha a seb tátongásra hajlandó, ha nem elég centralis vagy igen szabálytalan; *b)* ha a szembeli nyomás bizonyos fokot meghalad; *c)* ha a szivárvány szövete laza s a sphincter tonusa nem nagy; *d)* ha a kötőhártya izgatott, tehát a csukott szempillák alatt a szemgolyó sok mozgást végez és az orbicularis részéről sok nyomkodásnak van kitéve. Úgy kell intéznünk a dolgot, hogy csak olyankor végezzük az egyszerű kivonást, mikor mindezeket a viszonyokat kedvezően alakíthatjuk. Természetes, hogy ezt az esetek kisebb részében *tehetjük* s szintén nem sok esetben *találjuk* a kedvező viszonyokat. Leginkább kezünkben s módunkban van a seb alakja és helyzete. Hogy a ki egyszerű kivonást akar végezni, annak más érdekekre kell gondolni, mint a kivonás kombinált módjánál, jól tudjuk; a prolapsusnak mindent dominálo kérdése még a lencse-kiesúsztatás könnyűségénél is fontosabb. Ezért kell a metszést legalább is a szarú szélen vagy még alantabb tennünk, a kötőhártyai lebenyről lemondanunk, a szarúbeli lebeny magasabb voltától, bővebben tátongása kedvéért, nem irtóznunk, a mi a szem sorsára nézve mind nem egészen közönyös. Legkevésbbé sajnálom ma már a kötőhártyai lebeny elmaradását, melyet régebben igen fontosnak tartottam; egészen azon a véleményen vagyok, melyet *Stellwag* 10 évvel ezelőtt fejezett ki,[1] hogy t. i. a kötőhártyából kiömlött vér zavarhatja a műtét menetét, a lebeny alatt való gyorsabb összetapadása a sebnek csak látszólagos, mert az többször láthatólag tátong az alatt is, a kötőhártya sebjéből épen úgy behatol a fertőző anyag, mintha a szarúba jutott egyenesen, s hozzá tehetem: a lebeny úgy sem fedi a metszés egész hosszát, tehát a fertőzés ellen (ha védené is) csak egy részén védhetné; lebenynyel fedett vagy nem fedett sebek egyaránt megrepedhetnek, tapasztalás szerint. Hogy a szempillák szorongatásától, a szemgolyó mozgásainak sebrepesztő hatásától sem védi az operált szemet ez a lebeny, könnyen elképzelhető; oda tapadására helyéhez kell annyi idő, mint a szarúseb beforradásához. Ebből a szempontból tehát nincs mit sajnálnunk a körzetibb metszés (a „laposabb“ metszés = Flachschnitt) elhagyásán, nehezebb hozzászokni ahhoz a látványhoz, mely tiszta szarúsebeknél (legalább nálam) határozottan gyakoribb, mint ha a metszés a limbusban van, hogy t. i. a seb külső ajka napokig, sőt *néha hetekig* tátong. Ezt pedig, mivel hihetőleg a szem feszülésének s a szarú görbületének minőségétől függ, nem tudjuk biztosan megelőzni s hogy ez a fertőzésnek nyitott utat jelenti, természetes. De a legnagyobb baj az, hogy a prolapsus iridisnek a kellően helyezett metszés sem veszi elejét, legalább nem bizonyosan; ha nem a csúcson, kicsúszhatik az iris valamelyik sebzúgban, mint eseteim némelyikében.

Gondot fordítottam arra, hogy a pupilla mozgása lehetőleg erélyes legyen; ha az egyén igen öreg s az iris és sphincter nem elég élénk volt, nem végeztem egyszerű kivonást. Hogy erre ügyelni nem elég, mutatja az eredmény. Igaz, hogy pilocarpint nem használtam, mert nem tartom a kívánt czélra biztosan alkalmasnak; az a szer, mely csak naponta 2—3 izben való becsepegtetésre szükíti egész napra a pupillát, hogyan álljon ellent az iris helyváltozásának, melyet — kissé nagyobb nyomás esetén — nem a feszülő sphincter, hanem az összevarrt láta sem tarthatna fel? Hiszen az iris nyulékony szövetből áll s szabadon terjeszkedhetik, engedve a lapjára ható nyomásnak.

Legbiztosabbnak tartanám, ha pár napon át *érzéketlenségben tudnánk tartani* a kötőhártyát, minthogy bizonyosnak tartom, hogy ennek sokféle, kóros vagy normalis okból eredő, aprólékos izgatottsága idézi elő a szemgolyó és szempillák azon nyugtalanságát, mi a prolapsus tulajdonképeni létrehozója. De a cocain láta-tágító hatása, meg a gyakori becsepegtetéssel járó izgalmak s más koczkázat ezt lehetetlenné teszik. A kötőhártya megnyugtatására nem izgató tisztító szerekkel való előleges kiöblögetéseket használtam (konyhasó, bórsav, resorcin, borax stb. oldatával).

A szemgolyó *feszessége* fokának bizonyára szintén van köze az iris kicsúszásához. De itt nehéz dilemma előtt állunk; a keményebb szemet félve vetjük alá az egyszerű kivonásnak, a lágy szemen meg a látának lencse-részektől való megtisztítása jóval nehezebb; mind a két esetben van mitől tartani, az előbbiben nagyobb bajtól mint emebben. Ha tehát az egyszerű kivonás többi föltételei meg vannak, a normalis feszülés határai közt kevésbbé feszes szem sorsától félhetünk kevésbbé.

Az én 12 kicsúszott irisű betegem sorsa nem volt irigylendő. Azonkivül, hogy tovább tartott (néha hozzá csatlakozott iritis miatt is) a kózházban maradások még 1—2 újabb beavatkozást is kelle-kiállaniok, részint az utólagos kimetszést, részint a galvanocauterrel való megégetést. Kimetszést mintegy három esetben végeztem csak, mert az én betegeim minden újabb bolygatásától a szemnek irtóznak s utóbb a hosszas kezelésért, a többszörös orvosi műveletekért kárhoztatják az orvost. Azt gondoltam, hogy mivel oly erélyesen kimetszeni, hogy a szivárvány a sebet teljesen elhagyja, alig lehet, már azért is bajos, mert a kicsúszott iris szövet 24 óra mulva lazává, felduzzadttá lesz s ruganyossága alászáll — a nem elég pontos kimetszésnél semmivel sem ér kevesebbet, de e mellett sokkal kevésbbé fájdalmas, a *galvanocauterrel való elroncsolás;* eseteim legnagyobb részében ehhez fordultam tehát. Nem tartom az eljárást egészen megfelelőnek, de ha már egyszer a teljes kimetszés nem igen volt lehetséges, sőt nem is elégített ki (mert a két sebzúgban ott maradt az iris szövete) akkor, inkább minthogy hosszasan csipdessem s húzgáljam a már izgatott irist, belenyugodhattam abba, hogy a sebvonalat, bár becsipett irissel, igen vékony, szilárd hegszövetté alakítottam át. Mintegy kilencz esetben történt ez, némelyikben két alkamazása után a galvanocauternek. E czélra igen jó szolgálatot tett a kis hegyes késalakú igen éles égető, melyet élével a seb hosszában vezetve, a kicsúszott iris több parallel vonalban való bemetszésére használtam. Hanem volt olyan betegem, ki a kitünő eredményű kivonás után, kis prolapsusával tervezett műveletemről hallva, — előle megszökött.

A mint az eddigiekből látszik, a hályogműtét két főfeladatát, minden óvatosság s az esetek megválogatása után is rosszabbul teljesíti az egyszerű kivonás-mód, mint a másik; utána nem kevesebb, nem több a veszteség, tehát rosszabb a sebészi eredmény s jóval többször marad szivárvány a hegben, tehát bizonytalanabb a szem jövője. Ezt az észrevételt nyomósabbá teszi az én tapasztalataimnak azon súlyositó egyéni mozzanata, hogy én a kombinált műtéti eljárásban is ki vagyok téve az utólagos prolapsusnak, mert *nem csinálok széles colobomát.* A két szélsőség között: vagy semmit vagy mindent kimetszeni (a szarúseb egész hosszában *mindenütt* az irist) a közép utat követem; olyan széles colobomát képezek, két ollócsapással, a milyen széles a közepes tág pupilla. *S ennek a colobomának szárai jobban védve vannak a kicsúszástól, mint az ép szivárvány* lemeze. Hogy ez igy van, bizo-

[1] *Stellwag.* Neue Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilk. Wien, 1886 278. l.

nyítják a számok s magyarázatára *két okot* tudok felhozni. Egyik az, hogy az az erő, mely a szivárványt a kicsúszásra birja, vagyis kitolja, a szembeli feszülés, kevésbbé támaszkodhatik rá a coloboma két oldalán széthúzható függönyként lelógó irisszélekre s kevésbbé tolhatja azokat maga előtt, mint az ép szivárványnyal teheti; másik ok az, hogy a coloboma szélei valószinűleg hamarabb, több esetben s erősebben tapadnak hozzá a hátsó tokhoz és benne rejtőző kéreg-maradványokhoz, mint a meg nem sértett, nem vágott szivárvány. Tudjuk, hogy minden izgatottság nélkül gyógyuló szemekben is némi kiizzadás jön létre iris és tok között, melyben pár nap alatt már vérerek keletkeznek s mely a két hártyát összetapasztja, habár csak ideiglen is. Én úgy képzelem, hogy ez az összetapadás kombinált műtét után erősebb s azok a képek, melyeket műtét után néhány nappal lobtalan szemeken, pl. duzzadó kéreg-maradékok miatt becseppentett atropin okoz, erre látszanak mutatni.

***

A harmadik főérdek: *a látás jósága* tekintetében megnyugtatóbb és bátoritóbb adatokat láthatunk a bemutatott táblákon. Az az aggodalmam, hogy egyszerű kivonás után sokkal több lesz az utóhályog s kevesebb lesz az egészen jó látású szem, nem teljesedett. Sőt azt sem mondhatom, hogy ezt a válogatás okozta, mert utóbbi időben nem eléggé érett hályogokat is operáltam ily módon. Ha még hozzá gondoljuk azt, hogy az utóműtétek száma, bár több a simplexek után, meg sem közelíti azt az arányt, melyről különösen Knapp közlései után méltán tartottunk, jóformán fel kell mentenünk az egyszerű kivonás-módot az alól a vád alól, hogy sokszor hagyja tisztátlanul a pupillát és nagyon meghosszabitja sok esetben (az utóműtét elvárása miatt) a használható látás elnyerésének idejét. Legalább az én tapasztalatom igy mutat.

A látás élessége vagy nincs feljegyezve, vagy a beteg távoztakor nem volt vizsgálható pontosabban (s később nem jött vissza az illető) összesen 10 esetben; hogy az illető szemek mégis I. o. látással vannak feljegyezve, a szem állapotának biztos ismerete alapján történt. A 174 kombináltan operált szem közt I. o. látása volt 155-nek, az egyszerű kivonások után 101-ből 92-nek; azon 247 szemből levonva a 10-et, a többi 237 szem látását a következő számsor mutatja:

	$^5/_5$	$^5/_6$	$^5/_7$	$^5/_{10}$	$^5/_{12}$	$^5/_{15}$	$^5/_{20}$	$^5/_{30}$	$^5/_{50}$	
Kombinált műtét	10	2	20	20	6	30	36	16	9	
Egyszerű „	7	6	14	13	7	14	16	8	3	
	17	8	34	33	13	44	52	24	12	= 237

Ezek a számok mutatják, hogy az én eseteimben nem tehetünk sok szemrehányást az egyszerű kivonásnak. Ha Knapp, több sorozatából közép számot mondva, 60%-át operáltjainak még utóműtét alá vetette s igy sok kitünő látást szerzett, ha *Haab* 26%-nál végzett discissiót, s ezek után 21·8%-ban kapott v = 1 eredményt, nem discindált szemek közül meg 14·3%-ban (273 között 39 esetben) történt ugyanaz, mig nálam 237-ből csak 17-nek látása = 1, ennek az oka az operált emberek s egyéb viszonyok különbségében van. Igen helyesen jegyzi meg *Arnold*,[1] hogy ha Haab magánklinikáján 18·5%-ot, a Kanton-kórházban 8·5%-ot tesz a *tökéletes* látásúak száma, ennek oka főleg az a „no-resfreint"-rendszer, vagy magyarul a nagyobb gondatlanság a szem kiméletében, mely alacsonyabb sorsú és értelmiségű emberek közt rendesen uralkodik. Erre mutat ez a meglepő adat is, hogy *Hirschberg*-nek egy 60 egyszerű kivonásból álló sorozatában 37 esetben volt $^1/_2$ látás és ennél több; az ő operáltjai mind kényelmesen elhelyezett s jól őrzött magánbetegek.

Hasonló csoportokat alkothatunk tetszés szerint; de mivel az $^5/_{10}$ látás s a mely ennél több, minden szem-munkára megadja a képességet, lássuk hogyan áll ez a csoport az én operáltjaim között? Iridektomiás műtét után $^5/_5$—$^5/_{10}$ látóképessége volt 52-nek, egyszerű kivonás után 40-nek; tehát ott 30%, itt 40%; teljes látása volt ezek közt amott 10-nek, itt 7-nek, a mi megegyező arány.

[1] i. h. 53. l.

Kevésbbé tökéletes, de jó első osztályú látása volt ($^5/_{12}$—$^5/_{30}$) az I. csoportban 88-nak, a II-ban 45-nek s az első osztály határán álló látások száma amott 9, itt 3. Látható, hogy látásbeli eredmények tekintetében, az én esetemben inkább az egyszerű kivonásnak kell adni az elismerést.

Meg kell jegyeznem, hogy az imént közölt számok a *végleges látás-élességet* jelentik. Ott, hol ez megtudható volt, hol t. i. az operált egyén később visszajött s az utóműtét után ott, hol ilyen történt. Természetes, hogy minél több idő telik el a műtét után, annál jobb a látás, mert a láta területén maradt kéregrészletek eltisztulása, felszivódása időközben megtörtént. Erre az idő folyamában bekövetkező *spontán* tisztulásra mindig számitunk, leginkább az éretlen hályog műtéte után; de hogy *milyen fokú a láta megtisztulása* bizonyos idő alatt, hogy *mennyire* számithatunk, azt előre nem tudhatjuk s a látás e spontán javulása, mely a discissio indicáltsága kérdésében fontos körülmény, nem is egyforma. Nagy mértékben függ az: a kerégmaradványok természetétől, az egyén korától, a gyógyulás menetétől. Minél lágyabbak a maradványok, minél ifjabb az egyén, minél kevesebb izgatottság állott fenn műtét után, annál nagyobb lesz néhány hét alatt a látás gyarapodása. Nem ismerek nagyobb összeállitást, mely ezt illustrálná, azért a most közölt 275 műtét után két izben is vizsgált és megállapitott *visusokat*, datum szerint, ide igtatom; olyan esetek ezek, melyekben *utóműtét nem történt*. Az ide tartozó 38 esetben következő változás történt a látás jóságában a megjelelt idő alatt:

1.	92. X.	28.	= $^5/_{50}$	—	XI.	30.	= $^5/_{30}$	
2.	92. I.	8.	= $^5/_7$	—	?		= $^5/_5$	
3.	92. II.	18.	= $^5/_{24}$	—	93. IV.	4.	= $^5/_5$	
4.	IV.	18.	= $^4/_{18}$	—	V.	29.	= $^5/_{12}$	
5.	V.	11.	= $^5/_{10}$	—	VI.	28.	= $^5/_5$	
6.	X.	25.	= $^5/_{30}$	—	XII.	12.	= $^5/_{10}$	
7.	I.	25.	= $^5/_{18}$	—	?		= $^5/_7$	
8.	III.	6.	= $^5/_{18}$	—	?		= $^5/_5$	
9.	V.	13.	= $^5/_{100}$	—	96. VI.	4.	= $^5/_9$	
10.	VI	23.	= $^4/_{16}$	—	VIII.		= $^5/_9$	
11.	IX.	14.	= $^5/_{18}$	—	?		= $^5/_7$	
12.	III.	20.	= $^5/_7$	—	?		= $^5/_5$	
13.	III.	5.	= $^5/_{12}$	—	IV.	5.	= $^5/_5$	
14.	V.	24.	= $^5/_{20}$	—	VII.	8.	= $^5/_{10}$	
15.	VIII.	3.	= $^5/_{18}$	—	IX.	15.	= $^5/_9$	
16.	IX.	19.	= $^5/_{36}$	—	XI.	2.	= $^5/_{15}$	
17.	IX.	26.	= $^5/_7$	—	?		= $^5/_5$	
18.	IX.	15.	= ujjak 4 m	—	?		= $^5/_{50}$	
19.	III.	2.	= $^5/_{10}$	—	IV.	26.	= $^5/_5$	
20.	IV.	6.	= $^5/_{60}$	—	V.	13.	= $^5/_6$	
21.	IV.	20.	= $^5/_{15}$	—	V.	27.	= $^5/_{12}$	
22.	IV.	20.	= $^5/_{20}$	—	V.	26.	= $^5/_{10}$	
23.	V.	24.	= $^5/_{50}$	—	VII.	25.	= $^5/_{15}$	
24.	V.	24.	= $^5/_{30}$	—	VII.	3.	= $^5/_{24}$	
25.	VI.	10.	= $^5/_{18}$	—	VII.	18.	= $^5/_6$	
26.	VI.	10.	= $^5/_{12}$	—	VII.	16.	= $^5/_7$	
27.	VII.	17.	= $^5/_{50}$	—	IX.	?	= $^5/_{12}$	
28.	IX.	5.	= $^5/_{24}$	—	X.	11.	= $^5/_{15}$	
29.	IX.	5.	= $^5/_{30}$	—	X.	21.	= $^5/_7$	
30.	IX.	30.	= $^5/_{30}$	—	XI.	5.	= $^5/_{10}$	
31.	X.	17.	= $^5/_{18}$	—	XII.	20.	= $^5/_7$	
32.	X.	23.	= $^5/_{15}$	—	XII.	21.	= $^5/_7$	
33.	XII.	9.	= $^5/_{30}$	—	I.	23.	= $^5/_{15}$	
34.	III.	4.	= $^5/_{20}$	—	IV.	28.	= $^5/_9$	
35.	III.	14.	= $^5/_{30}$	—	IV.	16.	= $^5/_{15}$	
36.	I.	17.	= $^5/_{20}$	—	V.	20.	= $^5/_6$	
37.	VI.	6.	= $^5/_{18}$	—	IX.	2.	= $^5/_7$	
38.	VII.	3.	= $^5/_{30}$	—	IX.	1.	= $^5/_{15}$	

Néhány esetben a második vizsgálat napja nincsen felírva, de bizonyos, hogy legalább 4—6 hetet tett a távozás után eltelt idő. *Rosszabbodást* egyetlen egy esetben tudok, mikor a szemen előbb is lappangott chorioiditis disseminata utóbb tovább haladt. Nehány esetben a távozás és discissio közti időben támadt rosszabbodás, melynek oka a hátsó tok ismeretes ránczolódása volt, az utóműtéttel megoldást s javu-

lást nyert. Az előttünk levő számok, ha semmi újat nem tanítanak is, igen szemlélhetőleg mutatják azt, hogy mily sokat várhatunk az idő befolyásától a látás javulására nézve, hogy tehát milyen felesleges az utóhályog (vagy helyesebben a hályog-maradék) ellen a korai eljárás. Igaz, hogy sem a betegre tett benyomás, tehát az ő távoztakor érzett elégültsége érdekében, sem az orvos megnyugvása szempontjából nem közönyös az, hogy $^5/_{50}$ vagy $^5/_{20}$ látással vagy épen $^5/_5$-del távozik-e? De az egészen mellékes a szem biztonságához képest, melyet, ha igen ritkán is, de mégis veszélyeztetni képes az utóműtét, mint alább említendő két esetem mutatja. Ezen okból a *korai discissiók* ügyében a régibb s helyesebbnek ismert álláspontra térek vissza és most már, mikor a tőlem vezetett szemkórház hitele erősebben áll, bátrabban utasítom a ki nem elégítő látással távozó beteget 2—3 hónap mulva való eljövetelre, nem tartván szükségesnek sem, megokoltnak sem azt, mit némely külföldi klinikus is gyakorol s évek óta magam is többször tettem: hogy a műtét után *2 héttel*, a szem teljes megnyugvása után, mindjárt végezzem a discissiót. Ha várakozunk, mint az imént közölt számok mutatják, sok utóműtétet kerülhetünk el.

Vannak azonban olyan esetek, mikor egy bizonyos *pótló műtétre* szükség van az operált ember távozása előtt. Sok esetben olyan tiszta műtétkor a hátulsó kéreg, vagy egyéni okokból oly gyorsan kell a műtétet befejezni, hogy sok duzzadó s utólagosan elhomályosodó lencserészlet tölti meg a láta területét s ezek nem akarnak onnan mozdulni, hanem csak igen lassan, több hét alatt, morzsálódnak szét és hullanak a mellső csarnok aljába, néha egy kis izgatottságot is okozva. A mit ilyenkor kell tennünk s több esetben tettem volt, az a főműtétnek pótlása csak, *szaru-csapolásnak* tekintendő, veszélytelen eljárás és nagy szolgálatot tesz az illetőnek. Ezzel néha nem szabad késlekednünk, mert az e nélkül haza bocsátott beteg szeme, felügyelet és óvatosság hiányában, súlyos veszedelembe eshetik s legalább is hátsó összenövéses utóhályog képződésére hajlandó. Én nem vonakodtam, kellő atropinozás után, megnyitni a csarnokot s Daviel-kanál, spatula vagy kis Knapp-horog segítségével kihalászni a lencse-törmelékeket, ha könnyedén ki nem ürültek.

***

Az *utóhályog* discissiójának veszélyességét két esetben kellett szomorúan tapasztalnom. Az egyik a most közölt vesztességek közt van; a discissiós tű behatolásának helyéről kiindult heves genyedő gyuladás tette tönkre a szemet. A másik nem tartoznék ide, mert csak az utóműtétet végeztem a kórházban, de tanulsága mégis engem illet s az elmondandók egyik alapja. Egy izgatottság nélkül gyógyult szemen, műtét után mintegy $^1/_2$ évvel, sima, feszes, egyenetlenül tömör utóhályog volt, $^5/_{30}$ látással. Az illető javítást kivánt, mert csak — egy szeme volt. Óvatos akartam lenni s nem akarván mélyen bevagdosni s zúzni az üvegtestet, széles tűvel (couteau à arrêt) nyilást készítettem a szaruban, erősen görbült sarlóval, egy alulról felfelé haladó húzással szétválasztottam az utóhályogot; szép fekete rés támadt. A sarló hegye nem hatolhatott beljebb az üvegtestbe *egy milliméternél*. Két napig nem volt semmi baj; akkor a beteg (ki elhízott, zsíros szivű és hurutos tüdejű ember volt) heves köhögő rohamot kapott, *sebje megrepedt* és 24 óra mulva panophthalmitise volt.

Meg vagyok győződve róla, hogy az utóhályoggal való elbánás legjobb módja, de legalább is az egészen jó módja, még nincsen kitalálva; minden eljárásnak, melyet mostanig gyakoroltunk, meg vannak a veszélyei és tökéletlenségei. És e mellett nem épen könnyű jól választani meg minden egyes esetben azt az utóműtétet, mely a helyzetnek leginkább megfelel. Az utóhályog *kivétele*, a különböző alakú tűvel vagy késsel való *átmetszés, szétdarabolás*, a *hátulról való* átmetszés és *félretolás*, a csarnok megnyitása után *sarlóval* való metszés különböző helyzetekhez alkalmatos eljárások s más-más feladatot teljesítenek. Az utóhályog ugyanis lehet összenőtt vagy szabad, feszes vagy laza, vastag vagy vékony, régi vagy friss és még nagy jelentősége van az egyén korának, a szemgolyó és kötőhártya állapotának. Mindezen körülmények különbözővé teszik a kilátásokat, az utóhályog elhárításának biztonságát s a beavatkozás veszedelmességét. Véleményem szerint szó sem lehet minden esetben gyakorolható universalis műtét-módról s kevés esetben van módunkban szabadon választani meg a végzendő műveletet.

Az egyes műtét-módok veszélyei nem azonosak, mértékökre s keletkezésök módjára nézve, de annál nagyobbak, minél több alkalom van a fertőzésre, minél mélyebben sértjük, zúzzuk az üvegtestet s minél erősebb a sugártest vongáltatása. Előttem különösen aggasztónak tünt fel a szarun át történő discissio a szaru zúzása, az üvegtest mély, néha többszörös bemetszése s az üvegtest foszlányainak a szaruba való (nem régen ismeretes) behúzódása miatt. Ezért olyan esetekben, mikor az utóhályog egyszerű átmetszése elegendőnek látszott, előszeretettel végeztem a fentebb leirt balszerencse bekövetkeztéig azt a (franczia eredetű) eljárást, hogy egy 3 mm. bőségű nyilást készítve a szarun, ezen toltam be az igen görbe sarlót (Knapp-féle eszköz) s ezt egy síkban mozgatva, vágtam át a hártyát. E művelet jó tulajdonságai feltünők: *a szaruban tiszta, lineáris seb van, a vágó eszköz nem hatolhat mélyen az üvegtestbe s nem gyakorolhat a tok közbejöttével s a vongálás miatt, izgató hatást a sugártestre.* Olyan kiméletes és olyan biztos eljárás, mely csak *egy* veszedelmet nem hárit el, azt mely a szemgolyó minden megnyitását követheti: fertőző anyagok behatolását. Az említett esetben az következett be, de oly erőszakos úton (heves köhögés miatt), melyre műtétkor gondolni sem lehetett. Ma is ezt az eljárást tartom legczélszerübbnek, már azért is, mert üvegtest-foszlányok becsípődését a sebbe jóformán kizárja; a vágó eszköz nem vonszolhat ilyet magával. Különösen alkalmasnak és sikeresnek találom e műtét-módot az irissel többszörösen összetapadt secundaria eseteiben, mikor a tűvel való discindálás inkább okoz izgatottságot, az iris megfeszitése miatt s mikor a szem érzékenyebb, az ilyen megfeszítésre is, a szaru zúzódására is.

Kombinált műtét után gyakrabban, egyszerű után ritkábban van alkalmunk az utóhályog *kivonására*. Minél vastagabb, minél régibb, minél szabadabb az utóhályog, annál alkalmasabb a kihúzásra, horoggal vagy csipővel. Erről az eljárásról különös mondanivalóm nincsen, csak azt jegyzem meg, hogy idő multával olyan secundariákat is, melyek fejlődése gyuladásos előzmények után történt, gyakran igen szépen, *egészben* el lehet távolitani. A szivárvány hátsó színe s a megnyitott és kiürített lencsetok közötti összetapadás, főleg éretlen hályog műtéte után, nem hosszú és nagyfokú iritis folyamában, olyan mulékony, hogy volt egy olyan esetem, mikor az éretlen hályog műtételét követő középfokú iritis lefolyása után, 72 éves asszonynál, 6 héttel a kivonás után az alig tágítható látában megfogott vastag utóhályog egészen szelid húzásnak engedve, egészen kihúzható volt s a szép fekete pupilla és coloboma $^5/_7$ látást engedett. Ugy látszik, hogy ilyen esetekben *főleg vagy egyedül a látaszél van letapadva*. Bizonyos, hogy ha sokáig tartott s nagyfokú volt a szivárvány-lob, ez a leszabadulása az irisnek több idő mulva s néha soha sem következik be; de hogy ebben szintén egy okot láthatunk az összenőtt secundáriák operálásának (a viszonyoktól nem sürgetett esetekben) lehetőleg távoli időig *halasztására*, azt hiszem természetes következtetés.

***

Abban a kérdésben, hogy a szemgolyón végzett műtétek s főleg a hályog-kivétel alkalmával *az antisepsis vagy az asepsis* elvét kövessük-e? az a véleményem, hogy ez tulajdonképen felesleges kérdés, olyan szerven, melyen sem a műtét sebét a fertőzés fő forrásától elzárni, sem ezt a forrást megszüntetni, teljes biztossággal sterillé tenni nem tudjuk. Nem érthetem, miképen lehet sebészeti jelszavakat, egész merevséggel átvinni a szemgolyó-műtétek terére. Igen könnyű elképzelni, hogy a helyzet teljesen különböző a két területen. A sebész, elvágva egy lábszárat, csak két módon adhat alkalmat fertőzésre: vagy a seb környezetéből, vagy a sebbel érintkező kézből, műszerekből és kötöző anyagokból juthat

fertőző anyag a seb felszinére; mindezeket pedig alaposan megtisztithatja. Vajjon jutna-e egy sebésznek eszébe mai nap, hogy pl. a hónaljban végzett műtét után a kötést úgy tegye fel, hogy a hónaljárokban bőr bőrhöz legyen szorítva? A világért sem tenné ezt senki; a műtét helyét közvetlenül reá tett steril anyagokkal megvédi minden érintkezéstől. De mi a megnyitott szemgolyót azon környező hártyájával fedjük be, melyből a legfélelmesebb fertőzés származhatik: a kötőhártyával. Abban a perczben, mikor kitaláljuk a módját, hogyan zárjuk el tökéletesen, megbizhatóan a szaru-sebet a kötőhártya öblétől (akár a Galezowsky-féle gelatina-lemezek valamely analogonjával, akár a seb-varrat valamely tökéletesebb módjával) mikor tehát a „kötés“ a *sebre magára* lesz tehető — elismerem azt, hogy a sebészetben ma méltán uralkodó asepsis elve (ha ott még akkor uralkodni fog) a szem-műtétek terén is kötelező törvénynyé emelendő. De addig az én gondolkozásomat nem elégiti ki az, mit a szemorvosi asepsisről némely tüzesebb, tehát elfogultabb hívei mondanak. Nem azt értem ez alatt, hogy nem kell asepsis; sőt igyekszem a legnagyobb gonddal aseptikussá tett műszerekkel, kötöző anyagokkal s lehetőleg tiszta kézzel forgolódni a szem körül, mert a fertőzés egyik forrását igy háritom el; csakhogy ezt nem tartom elégnek s a szemen, mindig feltehető fertőzöttsége ellen, chemiai fertőtlenitő szerek használását sem hanyagolom el.

„Az előbbi idők boldog elfogulatlansága — mondja Hirschberg — eltünt, de a nagyobb felelősség gyötrő érzetével az eredmény kielégitő biztossága is megérkezett.“ Fájdalom, ezzel az elégültséggel én nem dicsekedhetem. Akármily elfogadható, sőt aránylag csekély a veszteségeim száma, akármilyen kielégitők látásbeli eredményeim — folyvást a bizonytalanság s a fenyegető veszedelem tudata háborgat és ennek elhárítására csak szorgalmas és az egyénhez alkalmazottan gondos antiseptikus eljárásban találhatok hatásos eszközt. Valószinűnek tartom, hogy a kötőhártya tisztasága tehát a hályogműtét alá vetett szem sorsa a társadalom különböző osztályaiban s az egyes városokban és vidékeken is különböző, tehát a szemorvos gondja sem egyforma; épen azért, ha Hirschberg az egyszerű kivonást „általános eljárásnak“ nem ajánló *Devereux-Marshall*-nak azt mondja, hogy „utazzék egyszer Párisba vagy Berlinbe vagy New-Yorkba“ ezt egy kissé olcsón szerzett fensőbbségnek tartom, mert az ő privat-kórházában a priori kevesebb a veszedelem, okosabb a beteg, stb. Jöjjön ő egyszer Vásárhelyre — vagy menjen saját hazájában az alsó néposztály körébe, nézze meg a hosszú időn át elhanyagolt idült, hypertrophiás orrhurutok s ezekkel mindig kapcsolatos szemhurutok sok esetét s mondja meg: elégnek találja-e ezeknél való operálás alkalmával steril kézzel, műszerekkel s kötőszerekkel bánni és belenyugodni a kötőhártya és szempillák állapotába s merné-e az ily szemeket 4 napig érintetlenül kötés alatt hagyni?

Jól tudom, hogy mily kevéssé megbizható a szemorvosi antisepsis; azt is, hogy az igazi erélyes desinficiáló szerektől okozott izgatottság (kivált, ha utána bekötés következik) inkább árt, mint használ. De meg vagyok róla győződve, hogy ha nem sikerült is soha sterillé tennem az addig fertőzött kötőhártyát, *gyéritettem* annyira a szem gombatenyészetét műtét előtti és utáni fertőtlenitéssel, hogy némely veszedelmet megelőztem. Sőt az a szomorú tapasztalatom van, hogy a bekövetkezett sebfertőzések és gyuladások túlnyomó része *előlegesen tisztának gondolt* szemeken következett be. Ezt pedig nem lehet úgy magyarázni, hogy tehát a kötőhártya állapota *nem dönt* az ily gyuladások keletkezésére nézve, mert akkor azt kellene hinnünk, hogy a nyilvánvaló hurutok s kötőhártyai bajok egyenesen *mentesitik* a szemet a veszedelemtől, hiszen az ily hosszas előkészület és tisztogatás után operált egyének (egy könytömlő-bajost kivéve) elkerülték a bajt betegeim között. Inkább úgy gondolom, hogy a tisztábbnak látszó szemeken *kevesebb ideig folytatott* előkészités volt a baj oka, vagyis a kellő ideig és módokon folytatott, *előleges és utólagos* antiseptikus eljárást tartom döntő fontosságú tényezőnek.

A most szóban levő 275 extractio közül több volt olyan (5—6), mely *trachoma* meggyógyitása után s 2, mely tudvalevő könytömlő-blennorrhoea hosszas kezelése után történt. Ezek az esetek erős próbakövei voltak a kötőhártyai desinfectiót illető törekvésemnek. A trachomások közül *egy* complicált hályogos szem (majdnem teljes symblepharon posterius miatt nehéz műtét s nagy üvegtest-veszteség után) elpusztult s a tömlőbajosok egyike is. Tehát a próba eredménye kedvezőtlen. De a másik könytömlő-bajos, kinél a tömlőn nyilást készitettem s folyvást draineztem, a legsimábban gyógyult s a többi trachomás is jól lát. Mi történt volna, ha mindezeknél a steril sós vizzel való öblitésre szoritkozom? Ezt nem mondhatja meg senki, de valószinűleg megromlottak volna.

Ebben a kérdésben nagyon éles ellentétben van a *Haab* és *Michel* klinikájáról kibocsátott egy-egy érdekes közlemény. Amarról fentebb megemlékeztem; ott 406 kivonás közül *egyetlen egy* végződött genyedéssel s általában ott a leghatározottabb s erélyesebb antisepsis folyik. Emitt mint *Berger W.*[1] kis füzetéből látjuk, igen nyilt és elégedett módon hirdetik az asepsis fensőbbségét és 229 hályogműtét után *két esetben* veszett el a szem; egyikben fertőzés, másikban belső vérzés miatt. Bizonyára meggondolatlan állitás, a mit a füzet szerzője koczkáztat, hogy „az antisepsis hívei közül senki sem mutathat fel oly kevés veszteséget s oly jó eredményeket“. Hogy ő szerintök a „kötőhártya felől fenyegető veszélye a fertőzésnek nem lehet valami nagy“, mert a legjobb antiseptikumok sem teszik sterillé a kötőhártyát s a pilla-szélt, másfelől pedig a szemgolyó műtéti megnyitása után mégis csekély számú esetben történik fertőzés — ez az okoskodás gyengeségére mutat. Mert épen ezeket a „csekély számú eseteket“ kivánjuk *biztosan* megelőzni s ez azt kivánja, hogy (ha ilyen esetek steril műszerek stb. használata után is előfordulnak) a kötőhártyát *minden* esetben desinficiáljuk; másfelől meg, ha már sterillé tenni nem lehet a kötőhártyát, a mi nem is szükséges, gyéritsük meg s a fertőzés kifejtésére tegyük képtelenebbekké valamely módon a bakteriumokat.

De erről többet nem kivánok szólani; a kérdés irodalma nagy, a tanulmányok azonban nem meritették még ki a tárgyat. Bach, Bernheim, Hildebrandt és Marthen, meg mások közleményeiben oly megtámadható pontokat látok, gyakorlati szempontból, melyekkel egy más alkalommal még foglalkozni kivánok. Most csak az *utókezelésről* emlitek fel egy némely dolgot.

Az operált szemek fő érdeke: a seb zavartalan beforradása, olyan intézkedésekkel biztositható, melyek a fertőző anyag elszaporodását a szempillákon belül előmozditják, vagyis a *szem bekötése kétélű eszköz*. A pislogás, a könyek elválasztása és a kötőhártyának velök kiöblitése, a tömlőbe levezetése, meg a szemgolyó mozgásai s végre az orbicularis egyes részleteinek azon váltakozó összehúzódásai, melyeket az izgatott szemű embereknél tapasztalhatunk, hozzátartoznak a szem önvédelme rendszeréhez. Ez a védelem a kötőhártya felszinén levő nyálkaczafatok, porszemcsék vagy más ily alkalmatlan, sőt esetleg (mint műtét után) veszedelmes anyagok eltávolitását czélozza, vagy a szemrés belső zuga, vagy az alsó átmeneti redő felé. A ki valaha nyálkásodó szemét megfigyelte, tudja, hogy egy parányi nyálkacsomó mily igen rossz érzéseket okoz, hogy hányféle művelettel igyekszik azt a szem oda terelni, hol nem izgatja s *hogy a szemgolyó és szempillák nyugalma (bekötés) alatt a rossz érzés szünetel, de azonnal előáll, ha a szemet kinyitjuk*. A szem bekötése a váladék stagnálásával, a benne levő fertőző anyagok elszaporodásával jár együtt s a nyitott, zavartalanul mozgó szemmel ellenkezőleg, a bekötött szem igen kevéssé használhatja öntisztitó eszközeit. Igaz, hogy a bekötött szem pillaszőrei közt és a köteléken is találunk váladékot kioldáskor néha, a mi azt mutatja, hogy az orbicularis olyankor sem egészen pihen; de azt is tudjuk, hogy az ilyen szemet *nem szabad tovább kötözni*, mert a kötőhártya váladéka akkor nagyon megszaporodik. Ez a baljóslatú nyálkásság a kötésen végtől fogva réme a szem-operálóknak s az is marad, mig a *kötőhártya állapotát műtét után nagyobb figyelemben nem részesitjük*.

[1] Ueber Antisepsis und Asepsis bei Bulbus-Operationen etc. Würzburg, Stahel, 1896.

Azt az Amerikában kezdett s itt-ott Európában is megpróbált eljárást, hogy operált hályogos szemeket világos szobában, kötés nélkül, védő üveg alatt engednek gyógyulni, igen radikális és okszerűtlen eljárásnak tartom; de ugyancsak rossznak tartom azt is, hogy 3—4 napig nem nézik meg némelyek a szemet. Én a kötést *naponta egyszer* minden esetre megújítom, a szemet megmosom s a sebtáját (ha könnyen lehet) megnézem. Ha bővebb váladékot látok s főleg, ha a conj. bulbi körzeti része piros, még inkább, ha a sebtáj duzzadt a *szemet kötetlen hagyom*; a beteget nyugodtan fekvésre utasítom, a szem elébe egy vászon-lebenyt függesztek (a homlokra kötött szalagról) s a hurut vagy a fenyegető fertőzés fokához képest többször vagy kevesebbszer desinficiáló becsurgatást vagy borogatást végeztetek. Utóbbi időben vagy bórsav-borax-oldat (3%) vagy jodtrichlorid-oldat (1:2000—3000) szolgál e czélra. A váladék eltisztítását, vele a fertőző anyagok gyérítését, a szaporodásra a feltételek kedvezőtlenebbé tételét akarom ezzel elérni s mint régibb kimutatásomban is nyilvánítottam, legtöbb esetben meg vagyok elégedve az eredménynyel. Annyi bizonyos, hogy a műtétel utáni hurutos izgalom a szem szabadon hagyására azonnal csökken s a betegek jobban érzik magukat; nem egy esetben a duzzadt sebtáj lelohadt s a chemosis gyorsan elmult. Hogy e mellett is hosszan eltart még a hurut maga, tagadhatatlan. De ennek oka a nem elég friss levegő is.

Kötöző anyagul sterilizált gazet s felette wattát, bekötésre újabb időben 8 cm. széles *krepp-pólyát* használok, mely könnyű, ruganyos, tapadós (tehát el nem csúszó) volta s jó moshatósága miatt e czélra minden más fajta kötéknél többet ér.

A tömeges vizsgálatok egyik tanúságtétele.

Irta *Csapodi István* professzor.

Az iskolai hygiénia zászlóbontása óta nagy számmal vizsgálták a tanulók látását és fénytörését. A vizsgálatokon alapuló közlések oly méreteket öltöttek, hogy alig lehet őket immár áttekinteni. Újabb közléseket szinte csak akkor tartanék jogosultnak, sőt szükségesnek, ha az eddig elért eredményeket újabb oldalról világítanák meg. Teljesen fölöslegesek a laikusoktól, tanítóktól, végzett vizsgálatok; még a nem szakszerű szemorvosoktól, iskolaorvosoktól, végzett szemvizsgálatokhoz is sok szó fér s inkább csak az illető iskolák saját czéljaira, egészségügyük ellenőrzésére valók, tudományos következtetésekre nem alkalmasak.

Az a tömérdek adat, mely az eddigi közlések révén rendelkezésünkre áll, azt a tételt igazolja, hogy az iskolázás szaporítja a közellátóság gyakoriságát, növeli a közellátóság fokát. Újabban kétségbe vonták e tétel törvényszerű voltát, a myopia fejlődéséért az öröklékenységet, a szemgödör formáját okolták, tagadták a közellátóságnak mint *iskolai myopiának* létét is, de megdönthetetlen maradt az a tapasztalat, hogy a myopia éppen azoknak az éveknek veszedelme, a melyekben az ifjúság iskoláit járja.

Az ügynek ebben a stádiumában s az imént érintett felfogásom folytán ellene voltam annak a tervnek, hogy az ezredéves országos kiállítás alkalmára az összes iskolaorvosok megvizsgálják a tanulók látását és fénytörését, annyival inkább, mert a közzétett felhivásnak azt a nagyon okos tanácsát, hogy a fénytörést szemtükörrel is meg kellene állapitani, teljesithetetlennek tartottam.

Azonban az ezredévi kiállitás felsőbb oktatásügyi csoportjának azon felszólitása, hogy vennék részt a kiállitásban, megérlelte kettős régi tervemnek a megvalósitását. Ennek egyik fele az volt, hogy a magyar orvosnövendékek fénytörésére nézve gyüjtök adatokat. Ezt olyan módon igyekeztem elérni, hogy egyetemi alkalmazásom ideje alatt megkértem gyakornok társaimat, hogy a Schulek professzor szemtükri előadásaira jelentkező hallgatók látásvizsgálatainak bejegyzésekor jelölnék meg a vizsgáló naplóban, hogy ki az orvosnövendék. Kipótolhattam volna az eredményeket a később a magam hallgatóságán tett vizsgálatokkal. Mivel azonban ama bejegyzésekről már történt közlés, szándékomat úgy módositottam, hogy a millenium esztendejében beiratkozott orvosnövendékeket mind az öt évfolyam során vizsgálom meg, a mikor áttekinthetőbbek is lesznek a magyar egyetemi ifjúság legelfoglaltabb részének szemére vonatkozó adatok.

E vizsgálatokkal kapcsoltam össze másik tervemnek végrehajtását, a mit egyes esetleges szemtükri leletek keltettek bennem. Meg akartam tudni, milyen arányban találni az úgynevezetett myopiás conust nem myopiás szemekben.

Schulek professzor beleegyezésével s *Hőgyes* orvoskari dékán szives hozzájárulásával kérdőiveket osztattam ki az összes beiratkozó hallgatók között, megkérvén őket a vasárnapokon történő vizsgálatokon való megjelenésre. Nem sikerült ugyan az összes hallgatóságot a megjelenésre rábirni, de legalább a nagyobb felük eljött, számra nézve 445-en. A vizsgálatokat jórészt magam végeztem, részben pedig a már begyakorolt hallgatóimmal tétettem, személyes felügyeletem alatt. Szemtükörrel magam vizsgáltam meg valamennyit; mindössze 3—4 idő előtt távozott növendék maradt ki a tükrészésből.

Tükörrel nem a refractiójukat akartam megállapitani, bár egyes esetekben a fénytörés vizsgálatát tükörrel is ellenőriztem, hanem az volt a czélom, hogy az előfordulható physiologiai és kóros szembeli változásokat följegyzem, de főképpen azt kutatom, milyen arányban fordul elő a látóidegfő határához szegődő érhártya-sorvadás, vagyis a myopiás conus.

Vizsgálataimnak erről az eredményéről először e helyütt s e kiváló alkalommal akarok beszámolni, hogy nekem is részem legyen abban a koszorúban, melyet munkálkodásunk virágaiból kötünk szeretett mesterünknek.

A részletesebb közlést későbbre tartom fönn, a mikor a vizsgálatnak egyéb eredményeiről is számot adok s arra akarok világot vetni, milyen a fénytörés hibáinak eloszlása az iskolázás utolsó éveiben, milyen szemmel és látással kerül ki a magyar intelligenczia számottevő része az életbe.

***

A fénytörés és látás vizsgálata során szerzett adatokat ezúttal nem részletezem. Azonban közleményem kiinduló pontjául meg kell jelölnöm a végső arányszámokat, mert ezekre vonatkoztatom a szemtükörrel való vizsgálat eredményének számait.

A fénytörés vizsgálatának az volt az eredménye, hogy a megvizsgált szemek 35·51%-a hypermetropiás volt, 34·05%-uk emmetropiás, 25·28%-uk myopiás, 5·06%-ot tett az astigmatismus.

A megvizsgált 445 hallgató szemtükri vizsgálatának bejegyzett adataira nézve nem a hallgatókat vettem egyedenként számításba, mert 23·60%-ra rúgott a felemás szemű, anisometropiás egyedek száma, hanem az ő 890 szemüket számitom.

A kérdőivekbe tett bejegyzéseim szerint a látóidegfő szélén, legtöbbnyire a külső szélén, 468 szemben, vagyis 52·58%-ban találtam érhártya-sorvadást vagy legalább a nyomát. A fénytörés különbözősége szerint meg volt ez az elváltozás 175 myopiás, 149 hypermetropiás, 144 emmetropiás szemben. Százalékos számitás szerint a megvizsgált myopiás szemek közül csak 38·88%-ban találtam érhártya-sorvadást. Ez azonban érthető, ha számba vesszük, hogy sok volt a kisfokú, sőt igen kisfokú, 0·25—0·75 dioptria értékű myopia. De volt az 1—5 dioptriás szemek között is néhány, melyben nyoma sem volt a conusnak, sőt egy hallgatónak egyik 12 dioptriás myopiájú szemében semmi conust nem találtam, a másik 11 dioptriás szemében is keskeny volt a conus, egy hallgatónak pedig mind a két 9 dioptriás myopiájú szeme

teljesen ment maradt az érhártya-sorvadástól, látása is teljes $^5/_5$ volt.

Még figyelemre méltóbbnak tartom azt a megfigyelésemet, hogy az érhártya-sorvadásról tanuskodó szemeknek a fénytörés különböző minőségére való átszámitása szerint e szemeknek csupán 37·38%-a volt myopiás, 31·84%-uk hypermetropiás, 30·77%-uk emmetropiás volt. Az astigmatismust nem vontam bele a számitásba, különben is azt kell megjegyeznem, hogy az asztigmás szemek között igen kevésben találtam conust.

A myopiás szemek érhártya-sorvadásának 38·88%-a mögött természetesen elmarad a nem myopiás szemekre nézve kiszámitott arány, akár külön-külön vesszük az emmetropiás szemek 23·76%-át, meg a hypermetropiásokénak 23·57%-át, akár együttesen a nem myopiás szemek 23·67%-át. Azonban ezek arányszáma is feltünően nagy s nem kisebb méltatást követel, mint a myopiás szemeké. Hogy milyen értelemben, a továbbiakban fogjuk látni.

Tükrészéskor nagyon figyelmesen néztem a papilla széleit, a legkisebb fokú elváltozást is följegyeztem. Az érhártya-sorvadás nagyságát a szokásos módon, a látóidegfő szélességéhez arányitva, jegyeztem be. Tehát: 1 papillányi és még nagyobb, $^1/_2$ papillányi, $^1/_3$ pap., $^1/_4$ pap. conus, a még kisebbekre keskeny és csekély megjelölést használtam, azonkivül számba vettem a papillamenti érhártya ritkulását, ziláltságát, a mikor nem volt a sorvadás határozottan kifejlődve. Ellenben nem soroztam hozzá a papilla szélén előforduló pigmentcsikot, ha az érhártya elvékonyodásának egyéb jele hián physiologiainak nézhettem.

Természetesen, az elváltozás fokai igen különbözők voltak s éppen a legnagyobb fokú sorvadásokat myopiás szemekben találtam, bár a föntebb emlitett esetek ellenkező példákat is mutatnak. Ellenben az emmetropiás és hypermetropiás szemek conusa többnyire keskeny, sőt csekély volt. Ugyanis csekélynek vett érhártya-sorvadás volt 22 myopiás, 47 emmetropiás, 49 hypermetropiás szemben; keskeny conust találtam 60 myopiás, 55 emmetropiás, 59 hypermetropiás szemben. Azonban az $^1/_4$ és $^1/_3$ papillányi conusra nézve sem igen maradtak a nem myopiás szemek a myopiások száma mögött, a mennyiben 24 myopiás szemben volt $^1/_4$, 22-ben $^1/_3$ papillányi conus; de ugyancsak $^1/_4$ papillányi volt a conus 11 emmetropiás szemben, $^1/_3$ papillányi 16-ban, meg 19 hypermetropiás szemben $^1/_4$, 10-ben $^1/_3$ papillányi volt. Már egészen myopiás bélyeget öltött a $^1/_2$ papillányi conus, mert 23 myopiás szemben találtam, az egész papillányit vagy még szélesebbet is 15 szemben. De azért a $^1/_2$ papillányi terjedelmet 5 emmetropiás és 2 hypermetropiás szemben is elérte az érhártya-sorvadás, még szélesebb terjedelemre nem tett szert a nem myopiás szemekben. A határozott conus alakját fel nem vett ritkulás, ziláltság meg volt 9 myopiás, 10 emmetropiás és 10 hypermetropiás szemben.

Szili ismertette először a papilla alsó szélét körülfogó conust, melyet ő astigmatismus fundi névvel jelölt. Idevágó példát 14 szemben találtam, különösen szépet egy egyén két szemében, az egyikben $^1/_2$, a másikban egész papillányi terjedelemben.

Mindkét szemen 1·5 D. myopia volt nem teljes látással; az astigmatismus vizsgálata eredménytelen volt.

A látóidegfő menti érhártya-sorvadást *myopiás conusnak* nevezik, mert azt hitték, hogy csak myopiás szemekben fordul elő. Azonban már *Knies* utalt rá az 1886-diki heidelbergi gyülésen, hogy a szemfenéki elváltozás nem vág össze okvetetlenül a szem fénytörésével. Ő az emmetropiától eltérő fénytörést pozitiv és negativ fénytörésnek nevezte, a myopia elnevezést azokra a szemekre ajánlotta, a melyek belsejében a szem megnyúlása érhártya-gyúladást támaszt. E szerint a negativ fénytörésü (hypermetropiás) szem is lehet myopiás, másrészt a pozitiv fénytörésü (myopiás) szemben is hiányozhat a myopiás folyamat.

Vizsgálataim adatai elég tetemes számra támaszkodva igazolják ezt a felfogást. Világosan látjuk belőlük, hogy ha a myopia nem öltött is olyan arányokat nálunk, mint Németországban, a myopiás folyamat csak úgy meg van a mi tanulóink szemében is. Hiszen a vizsgált összes szemek 52·58%-ában megtaláltam a myopiás conus kisebb-nagyobb fokát. Éppen az emmetropiás és hypermetropiás szemekben talált érhártya-sorvadás utal rá, hogy a szemteke megnyulását előidéző folyamat mindenféle szemben nyilvánul, a megnyulást felkeltő és fentartó ártalmak a mi iskoláinkban is megvannak s kifejtik hatásukat.

Másrészt a nem myopiás szemekben is meglevő myopiás folyamat azt bizonyitja, hogy a mi egyetemi ifjúságunk és a külföldi egyetemi ifjúság myopiája között csak fokozatbeli különbség van.

E fokozatbeli különbséget kimagyarázza vizsgálataimnak az az adata, hogy a mi ifjaink között igen sok a hypermetropiás, tehát a myopia fejlődésében a kiinduló pont sokkal messzebbre esik, mint ott, a hol a hypermetropiások száma kisebb.

Tengelyének megnyulása növeli a közellátó szem közellátóságát; tengelyének megnyulása alakitja az emmetropiás szemet myopiássá; tengelyének megnyulása csökkenti a hypermetropiás szem hypermetropiáját, formálja át emmetropiára, sőt myopiára. Ennek a megnyulásnak folyamatát, sőt fokozatát jelöli a látóidegfő szélén található sorvadt öv, a myopiás conus.

A szemtengely megnyulásának folyamata természetes határok között marad, mig conusképződés nincs. Igy fognám fel a myopiának azokat ez eseteit, még ha nagyfokúak is, melyekben érhártya-sorvadásra nem akadunk. Igy magyaráznám az örökölt myopiát is, mely addig a határig, mig érhártya-sorvadást nem támaszt, szintén a szem természetes növekedése folytán fejlődik ki, csakhogy örökölt hajlandóság ad neki nagyobb szabásü végleges alakot. Az érhártya-sorvadás arra vall, hogy káros hatások érvényesültek a természetes növekedés áthágásában.

A mióta a szem fénytörését nem a szemlencse domborúbb vagy kevésbbé domború voltából, hanem a tengely hosszából magyarázzuk, teljesen tarthatatlan *Jaeger*-nek az a régebbi állitása, hogy az újszülött gyermekek szeme lencséjük domborúbb voltánál fogva myopiás s hogy ebből az eredeti myopiás állapotból a lencse ellapulása útján fejlődik emmetropiássá a szem. Én myopiás vagyok ugyan, de minden gyermekem szemében tetemes hypermetropiát találtam szemtükörrel. *Horstmann* 50 gyermek szemét vizsgálta életüknek a 30-dik és 58-dik napja között s azt tapasztalta, hogy a legtöbb gyermek szeme hypermetropiás ebben a korban, kevés az emmetropiás, igen kevés a myopiás szem. *Jaeger* adatai valószinüen a csecsemő szeme alkalmazkodásának nagy mértékén alapuló tévedésből származnak. Hiszen, ha az alkalmazkodásnak Donders-féle skáláját nézzük, mely szerint 10 éves korban 14 diop- 15 éves korban 12 dioptria az alkalmazkodó tehetség, mely a további életkorban csökkenő arányban fogy, s ha e skálát visszafelé, a csecsemőkorig növekedő arányban kipótoljuk, az újszülött csecsemő alkalmazkodó tehetségét 18, sőt 20 dioptriára tehetjük. Ez bőségesen kimagyarázza azt a roppant közelre látást, a mit az anyja emlőjét néző szopó gyermeken tapasztalunk, holott a divergálásra hajló szemállás mellett még nem forog a későbbi korban olyan káros hatásúnak mutatkozó szertelen összetérités veszedelmében a két szem.

A hol, öröklékenység során, már a csecsemőkorban megvan a myopiás szabás avagy a rendes szabásúnál nagyobb arányú növekedésre való hajlandóság, ott nemcsak gyakoribb lesz a myopia, hanem fokai is nagyobbak lesznek. Azokat a nagy fokban myopiás szemeket azonban, melyek erőltetett használat nélkül is igen nagy fokban lesznek myopiássá s a myopiás sorvadás legnagyobb formáit láttatják, határozottan kóros szemeknek kell tartanunk, melyek az iskolázás káros hatásának tagadhatását sehogy sem igazolják.

A budapesti egyetem orvosnövendékeinek szemén tett vizsgálataim e szerint nem csupán arra vetnek világot, milyen arányban oszlik el köztük az emmetropia, hypermetropia és myopia, hanem azt is földeritik, hogy az ú. n. myopiás folyamat jóval nagyobb arányban van meg, mint a mekkorának a myopiás fénytörés föltünteti. E tapasztalat tehát arról való tanuságtétel, hogy az iskolai myopia létezését tagadni nem lehet.

Műtétek a vidéki praxisból.

Irta *Issekutz László* dr. Arad.

Operatiókról akarok beszámolni, melyeket a vidéki praxisban végeztem privát-helyeken a társadalom minden rétegéből kikerült egyéneken, mindenféle jó, rossz s nagyon rossz körülmények között úgy, miként az anyagiak azt megengedték. Ha a műtevések kivitele, menete, utánkezelés, az esetek szerinti alkalmazkodás, nem is nyujtana folyton új és új dolgokat, miket megfigyelve minden műtő felhasználhat a folytonos tökélyesedésre, már magában a jelzett dolgok miatt is érdekesnek tartom a beszámolást. Én is mint a szemészettel foglalkozók legnagyobb része, hozzászokva a kórházi kényelem, rend, tisztaság s összetanultsághoz, nagy megütközéssel s mondhatom a végeredményt illetőleg nagy kétséggel láttam a minden tekintetben ki nem elégítő körülményeket, melyek között kényes szemoperálásokat kellett végeznem. Alacsony, piszkos, nedves szobák, hol sem levegő, de még kellő világosság sincs, voltak sokszor az operálás helyei, hol rozoga ágyban, piszkos ruhadarabok között, szalmán feküdt a beteg. Félő volt nyulni bármihez is, mert mindenütt egy-egy bacteriumcoloniát vélt látni az ember, fertőzés ijesztgetett mindenfelé, mi az eredményt tette kétségessé. Jól emlékszem esetre, midőn oly alacsony szobában (házereszből készített) kellett extractiót végeznem, hol felegyenesedni nem lehetett s a világosságot oly kis ablak adta, hogy a silány világosságot petroleumlámpával kellett pótolni Mondhatom, hogy igen kellemetlen helyzet az ilyen, mert a rossz világitás, de meg a petroleumlámpa sárga fénye által vegyített fény oly állapotot teremt, mely operálás közben a biztonságot a ténykedésben igen legyengítik. Ha nem is a legtöbbször előfordulók a most vázolt szegényes helyzetek, még sem mondhatók nagy kivételnek. A csak valamivel jobb körülmények pedig a rendeshez tartoznak. A környék szegényebb földmives-osztályhoz tartozók teszik ki az operálandók zömét, kik anyagi viszonyaiknak megfelelő olcsó, szegényes szobát vesznek fel, hol nem ritkán a kiadó családja is az operált beteggel egy szobában tartózkodik. A szegényes lakásviszonyokkal arányban áll a beteg ápolása, ellátása is, minek hiányossága jobban válik érezhetővé még az által, hogy hiányzik az intelligentia. Értelmetlen maga a beteg és éppen ilyen az ápolásra vállalkozó hozzátartozója is. A megmagyarázott dolgokat fonákul teljesitik vagy egyszerűen negligálják különösen akkor, ha az operált jól érzi magát s igy elesik az őket mégis a bajra figyelmeztető rosszullét, a fájdalom. Az elmondottak illustrálására említek fel egy esetet, mely egy hályogos román földmívesre vonatkozik, kit felesége ápolt s a részletesen kiadott utasításaimnak oly módon feleltek meg, hogy az operatiót követő másodnap a látogatás alkalmával a beteget ápolójával együtt világos szobában az asztal mellett találtám, hol nagy discursus között jóizűen pálinkáztak, úgy hogy annak hatása mindkettőn tisztességesen meglátszott. Azt hiszem fölösleges említeni, hogy a szétczibált kötés mindent fedett csak az operált szemet nem. A seb megrepedt, a csarnok tele volt friss vérrel, mi a simának igérkező lefolyást lényegesen megzavarta, a mennyiben iritis keletkezett s a vért is ki kellett engedni. Hosszú gyógyulás után azonban a végeredmény teljesen jó volt.

Élénk emlékemben van még egy az intelligens osztályhoz tartozó beteg esete, hol a beteg nyugtalanságát s az ápoló személyzet éberséget szépen jellemzi az, hogy a beteg a műtét utáni harmadnap reggel az ágyból kiesett, mire a megrémült környezet a beteget úgy hagyta s utánam küldött. Ez esetben is meg kellett elégedni azon kijelentéssel, hogy „érthetetlen dolog, mert a beteg igen nyugodt volt s mi pedig nagyon vigyáztunk“.

Nyolczvanéves úrnő, kinek jobb szemén évek előtt szerencsétlen kimenetellel hályogkivonást végeztek (phthisis bulbi), bal szemének hályogja került műtevés alá. Tekintve, hogy egy szeme volt, a legnagyobb elővigyázattal operáltam s messzemenő óvintézkedéseket tettem. Mindezek daczára a nő értelmetlensége s a környezet gondatlansága azt eredményezte, hogy a műtét után 7-ed napra a beteg szobájából kiszökött, a folyosóra ment s szerencsétlenségére az emeletről levezető felső lépcsőnél elbukott, s majdnem a földszintig gurult. A szem teljesen sértetlen maradt, de eltörte jobb alkarját. Az ezekhez nagyon sok hasonló tette keservessé az operatiók jó részét, úgy hogy folyton félelem közt fogtam a műtevéshez, mert a végeredményt, melyre a beteg, de a saját szempontomból is féltékeny voltam, már előre veszélyeztetve láttam. Fáradságos felügyelet, körültekintés, utána nézés volt szükséges, hogy a beteg érdekeit jól szolgálhassam s magamnak pedig azon erkölcsi elégtételt megszerezhessem, hogy műtéti statistikámat ne szégyenljem. Az absolut nyugalmat igénylő bulbus-műtéteknél nagy nehézségbe ütközött az operálás utáni napokban megengedhető s a beteg kinos hanyatfekvését megszüntető felültetés. Ügyetlen környezet nem tudta azt legtöbbször teljesiteni, vagy pedig az adott kis szabadság az értelmetlen beteget elbizakodottá tette, miért sokszor kénytelen voltam az első napokat felültetés nélkül kifektetni. Ha a nyugodt fekvés az első nap meg is volt, de már a következőkben sok baj volt, miért a fektetést illetőleg tágitottam eddigi szokásaimtól. Ott, hol a seb lapos, összetapadt volt, a csarnok jól helyre állott, a szem békés volt, hályogoperálás után már 3-ad nap kiültettem a beteget oly meghagyással, hogy következő látogatásomig ott ülni tartozik. A jól megválasztott esetekben ezen eljárásomat soha sem bántam meg, mindig hasznát vettem, mert a beteg nyugodtabban tudott ülni, mint feküdni.

Tapasztalataim azt igazolták, hogy a fekvésből eredő nyugtalanság sokkal több sebrepedést okozott, mintha a beteget jókor kiültettem.

Ezen elmondott dolgokat nem a most bemutatás alá kerülő munkálkodásom eredményének mentegetésére hoztam fel, mert ilyenre nem szorul, hanem inkább annak megvilágitására, hogy az utána nézés s a szorosan betartott tisztasággal, még a rossz viszonyok között is szép eredményt lehet elérni. Mielőtt azonban műtevéseim beszámolásához s igy tulajdonképeni igéretem beváltásához fognék, be kivánom röviden mutatni az eljárást, mit bulbus-műtéteim körül gyakorlok.

A beteget s annak ápolására vállalkozó egyént az operálás alatti s utáni viselkedésre jól kitanitom, megmagyarázom az illető intelligentiájának megfelelően a helyes viselkedés szükséges voltát. Bevallom, sokszor nagyitva adom elő a helytelen viselkedés káros következményeit, számitva, hogy igy mélyebb benyomást teszek lelkére.

A beteggel azonban soha semmiféle gyakorlatot nem végezek, ennek szükségét soha sem tapasztaltam. Érthetetlen előttem a még ma is többek által követett eljárás, mely szerint a betegeket feküdni tanitják, különféle szemmozgásokat végeztetnek s a szemtekét gombos sondával érintgetik stb. Sok intelligentia nélküli beteget operáltam, kiknél az önfegyelem teljesen hiányzott s még sem jutottam olyan helyzetbe, mely az előre tanitást szükségessé tette volna. Cocain előtti időben volt azoknak igenis némi létjogosultságuk, de manapság már azt felesleges dolognak tekintem. A beteg apró szemmozgásait a műtőnek kötelessége kipariozni, mit kellő gyakorlat mellett jól el lehet sajátitani. A szoba s ágy tisztaságáról jól eleve gondoskodom, melynek kivitele a mint az előbbiekből kitünik, sokszor nagy nehézségekbe ütközik, a beteget magát, annak arczát s kezét pedig többszörösen megmosatom.

A szem desinficiálására kizárólag 1 : 5000 arányos corrosivoldatot használok, mivel műtét előtt közvetlen, tehát a cocainozás után, kivül a szemhéjakat a szemhéjszéleit jól lemosom, mintegy ledörzsölöm, ezután jól széthúzott szemhéjszélek mellett az átmeneti redőt s a bulbust reácsurgatott

corrosivussal mosom le. Az említett erősségű oldat mérsékelten csipős hatása most számba sem jöhet, mert hiszen a szem cocainozva van. A mosás alkalmával némi muló vörösség jelentkezik ugyan, de ennek jelentősége nincs. A corrosiv-oldat sokak által említett, erősen izgató hatása, mely a műtéteket károsan befolyásolná, helyesen alkalmazva, azt bizton elkerülhető. Jól tudom, hogy a sebészet ágában a végczél az asepsis, mert hiszen a bajt okozó organismusok távoltartása a műtéti terület tisztasága képezheti az idealis követelményt, nem pedig a meglevők elleni harcz a mikroorganismusok pusztítása. Igy kellene ennek lenni különösen a szemészeti operatióknál, hol a desinficiensek nagy számuk daczára, ártalmasságuknál fogva hasznavehetetlenek, a használhatók pedig oly higitásban vehetők alkalmazásba, melyeknél a több oldalról végzett vizsgálatok kimutatták, hogy positiv bakteriumölő hatásuk nincs. Éveken keresztül összeszámlálhatlan új és régi praeparatumok kerülnek ajánlatra mint desinficiensek, melyek jó része hasznavehetetlenségük folytán csakhamar újra letünnek, más részök pedig az eddigieknél ha nem rosszabbak, de nem is jobbak, úgy hogy a régi kipróbált s a vele való bánást megszokott szertől elállani semmi indok sem volt. Bár mennyire is idealis végczélnak tekintem az asepsist, mégis a szemoperálásoknál azt jól keresztül vihetőnek nem tartom, tekintve az operálás területét. Helytelenitem tehát azon ajánlásokat s törekvéseket, melyek a szem tisztitására elegendőnek vélik a szemhéjak s azok széleinek egyszerű steril száraz vattával való ledörzsölését illetve csak letörlését. Tisztátlanságok, gyuladást előidéző organismusok épen a szemhéjon, azok szélein s a pillaszőrök közé sokszor annyira be vannak fészkelve, azokra reátapadva, hogy az egyszerű letörlés által gyümölcstelen munkát végzünk. Szükséges azok feláztatása, mely csak folyadékkal történhetik s a felázott részek, piszkok eltávolitása, mely szintén csak folyadékkal történhetik, mert száraz vattával azt csak elmázolnók, de alaposan el nem távolitanók, nem tisztitanók.

Azon kifogás, hogy a desinficiáló folyadékok ölőképessége a bakteriumokkal szemben nem állják ki a tűzpróbát, elesik, ha meggondoljuk, hogy az egyébként alkalmazott tisztaság mellett mégis csak jó hatásúak s jobbak mint egyedül a száraz aseptikus eljárások. Ha tökéletesen cselekedni nem tudunk, legalább a lehetőt tegyük meg annak megközelitésére. Igaz ugyan, hogy jól sterilizált vízzel is elérhetjük a fent emlitett czélt (feláztatást s lemosást), de különösen a vidéki praxisban jól sterilizált, megbizható konyhasós vízhez jutni igen nehéz, majdnem lehetetlen. Jelenleg még tehát a nagyobb megnyugvást adó, jónak tapasztalt desinficiáló folyadékok használata mellett maradni helyes dolog, sőt kötelesség. Én tehát mint már emlitettem az 1:5000 arányos hydr. bichlor. corros.-oldat használata mellett maradtam, mely mindig jó szolgálatot tett s igy a sok ajánlott, de előnynyel nem dicsekedő szerek használatától eltekinthettem. Nem hagyhatom azonban el ezen helyet, hogy a corrosiv-oldatra vonatkozó tapasztalataimat fel ne emlitsem.

Többszörösen tapasztaltam ugyanis, hogy az emlitett erősségű oldat huzamosabb, de néha már néhány napi használat után is a cornea bágyadtságát majd gyenge elszürkülését okozza oly módon, mint egy diffus superficialis keratitis kezdeti szakában. A cornea ezen szürkesége néha némi vonalzottságot mutat, mely csakis tüzetes focális vizsgálatnál vehető ki. Ezen tünetekkel kapcsolatosan azonban a szem részéről izgatottságot, legalább is számba vehetőt nem tapasztaltam. Az emlitett szaruhártya elborulás néhány nap alatt nyom nélkül eltünik, ha a corrosiv-oldat használatát kihagyjuk. Az én eseteimben a homály sohasem állandósult, az igaz, jelentkezésükkor az oldat használatával rögtön felhagytam. Nem gyakori tünet ez, mert a kezelés alá kerülő beteg jó része (trachomás) huzamos időn át baj s változás nélkül tűri, de elvétve mégis előjön, miért ezen hatását számításon kivül hagyni nem szabad. Legelőször észleltem ezen tünetet egy Graefe-féle extractio után, hol már harmadnap a szem vizsgálásakor nagy ijedtségemre a seb felől lefelé terjedőleg oly szürkülést vettem észre a cornean, mint midőn az infiltralódás legeslegkezdetén mutatkozik. Megnyugtatott azonban a beteg subjectiv jó érzete s azon körülmény, hogy a szem teljesen békés volt, a seb jól záródott s hogy az operatio óta már 3-szor 24 óra telt el. Másnap a szürkülés még inkább fokozódott, gyuladásos tünetek nélkül, úgy hogy akkor már az irodalomból is ismert corrosiv hatásra gondoltam. Kihagytam s tényleg két nap alatt a szürkeség teljesen eltünt. Hasonló eset fordult elő egy iridektomia után s többszörösen észleltem azt sértetlen corneájú trachomásoknál, kiknek bő váladék esetén a corrosiv-oldatot borogatás s bő öblitésre jó sikerrel szoktam rendelni.

Kikerülendő a corrosiv-oldat ezen hatását, operatiómnál most úgy járok el, hogy műtét előtt a szem s környezet tisztogatására azt használom, sőt még a műtét után is 2—3 napig, míg a seb jól záródott s igy az infectio veszélye kisebbedett. Rendesen a 3-ik naptól azután végig 3% acidum boricum oldatot alkalmazok, mit tisztogatásra s szükség szerint borogatásra is használok.

Az operált szem befedésére 30%-os száraz jodoformgaze-t használok, de ezt valamint az összes Bruns-vattát előbb a Lautenschläger által Berlinben készült igen ügyes, könnyen kezelhető sterilizátorban tisztitom meg. Ugyanezen készülékben lesznek sterilizálva az összes nem metsző eszközök is, miket a viz kellő forrása után sterilizált vattával törülgetek meg, s ugyancsak ily vattába göngyölgetek be minden darabot külön. A metsző eszközöket 5%-os carbol-oldattal többszörösen lemosom, ledörzsölöm, majd azután absolut alkoholba mártogatom s a tisztitás után szintén sterilizált vattába burkolom. Az eszközök s kötöző szerek ily módoni tisztitását néhány órával a műtét előtt lakásomon végezem, mert a sterilizátor elhurczolása nagyon körülményes volna, sok időt venne igénybe, de meg sok esetben kellő alkalmatosság sem volna a beteg lakásán, hol a finyás tisztogatást végezhetném. A jodoformgaze és vattával befedett szemet Arlt-féle polyával kötöm be. Eljárásom helyességét az adott körülmények között bizonyitja operatióim statistikája, mely bizonyító számadatokat mutat.

Jól ismerem az irodalomból a sokaktól ajánlott s sokak által használt hosszadalmas, complicált s majdnem nevetségességig menő eljárásokat az operatiók körül, de ezek statistikája, mely pedig a használt methodus helyességének mérlege, jobbat nem mutat. A különféle complicált eljárások kórházakban, hol sokféle apparatus, kellő személyzet s kényelem van, kivihető, hogy valami új dolgokat is producáljanak vagy probáljanak, de ezek a praxisban kivihetlenek, de kivitelük nem is szükséges, ha a végeredmény az egyszerű eljárással is csak oly jó vagy még jobb. A dolgokat egyszerűsiteni, nem pedig minden áron körülményessé tenni lehet a feladat, mert igy annál inkább alkalmazható az orvosi tevékenység aránytalanul nagyobb számot kitevő külső praxisban.

Midőn igy az operatióknál végzett eljárásaimról beszámolok, egy áttekintést engedő rovatos kimutatást nyujtok, melyben a bulbus műtéteim szerepelnek:

Műtét neme	Műtét tárgya	Szám
Extractio sec. Graefe	Cataracta non matura	6
	„ matura	25
	„ hypermatura	26
	„ morgagniana	1
	„ complicata	3
	Összesen	61
Ext. peripherica s.	Cataracta matura	3
Ext. s. Schulek	„ hypermatura	1
	Összesen	65

Műtét neme	Műtét tárgya	Szám
Ext. s. Beer	Cataracta luxata	1
Ext. lin. simpl.	Cataracta mollis	1
	Cataracta traumatica	1
Discissio per corn.	Cataracta mollis	5
	Cataracta lactea	1
Discissio p. scler.	Cataracta secundaria	3
Punctio corn.	Cataracta tumescens post discission.	5
	Cataracta traumat.	5
Punctio corn.	Hyphaema	5
	Hypopyum	4
Iridekt. optica	Nubecula és leukoma fere totale	2
Iridektom. antiphlog.	Iritis chronica et irido-cycl. chr.	10
Iridekt. glaucom.	Glaucoma minden fajtája	14
Sclerotomia	Glaucoma infl. chronic.	1
Ablatio prol. iridis	Trauma et post ulcus	4
Enucleatio	Phthisis bulbi et glauc. absol. haemorrh.	4
Pteryg. s. Pagenst.	Pterygium	6
Tenotomia	Strabismus converg. et divergens	10
	Összesen	147

Az itt kimutatott műtéteken kivül igen sok a szemhéjon végzett (plastica, chalazion, trichiasis stb.) operatiókat, könytömlő műtéteket, symblepharon stb. műtétet végeztem, melyekről ez idő szerint nem kivánok beszámolni. Rendkivül nagy számban jöttek elő idegen testek a szemben, miknek nagy részét az itteni nagyüzemű waggongyár, a vasutak s apróbb gyártelepek szolgáltatják. Elmondhatom, hogy nincs nap, hogy egy-két szemből, különféle körülmények között, idegen testet nem távolitanék el. Bő tapasztalataim vannak e téren, melyekről egy későbbi közleményben kivánok beszámolni.

Visszatérve bulbus műtéteim kimutatására, látható, hogy a legnagyobb számban a lencsén végzett műtétek fordulnak elő s ezek között is a legnagyobb számban a senilis cataractákon végzett Graefe-féle extractio szerepel.

Nem a régiekben való gáncsoskodás, hanem jónak jobbal való felcserelése képezi az igaz haladás helyes irányát, mely nem megsemmisiteni, nem minden áron újitani kiván, hanem felhasználva a régi tapasztalatokat, ezen épiti a biztos, új irányt. Előrehaladás kell hogy jellemezze az igaz tudományt, mely folyton kutatva lehetővé teszi ma a tegnap még lehetetlennek vélt dolgokat. Komoly higgadtság, megfontolás s őszinteség kell az újításhoz, mert e nélkül úttévesztő az, melyben a teremteni vágyás s hiúság játsza a fő szerepet, pedig a hasznositás s a jónak jobbal való felcserelése az igazi czél.

Ha a hályogoperatio körül 6—8 év óta megindult nagy reform törekvést szemügyre vesszük, úgy egy bizonyos nyugtalanság kell hogy megszálljon az iránt, hogy tulajdonképen melyik hát a helyes út, melyet követni kell s melyen haladva legbiztosabban használhatunk. A legkülönfélébb combinátiók, ajánlatok, tapasztalatok, statistikával erősitett állitások állanak egymással ellentmondásban, kiki a saját eljárását dicséri s iparkodik annak általános érvényt szerezni, de mindenki vagy legalább is a legnagyobb rész megegyezett abban, hogy az oly hosszú időn át jó Graefe-extractiótól el kell térni. Egy igazi forradalom játszódott le rövid néhány év alatt a senilis cataracta műtevés körül, melyből mégis győzedelmesen s megtisztult alakban kezd mindjobban kibontakozni a nagy Graefe neve, mert a hosszú próbálgatások az ő extractiójánál jobbat adni nem tudtak.

Örömmel tekinthetjük végig a nagy harczot, melyben a szemészetet művelni hivatottak mind activ részt vettek s hangya szorgalommal dolgoztak egy jobb czélért, de melyet ez idő szerint elérni nem tudtak s férfias bátorsággal térnek vissza a régi methodus felé.

Iridektomia nélküli operálás volt a jelszó, mely nélkül az extractio végeredménye tetszetősebb a mennyiben megtartja a szem természetes kinézését, de vajjon ezenkivül van-e előnye s minő a hátránya?

Jogosultsága meg volna, ha a jó látást s az operatio biztonságát a tetszelgésnek nem áldozzuk fel.

Az iridektomizált szemeken a fénykáprázás volt a fő panasz, mely főképen úgy kapott lábra, hogy az észlelő azonositja magát a műtétet kiállottal. Sokkal inkább volt ez theoretikus, mint tényleges baj, mert az operáltak legnagyobb része, talán az első időket kivéve, ily panaszokkal nem igen állanak elő. Igaz ugyan, hogy az iriskimetszés a Graefe-extractiónál azonkivül egy lényeges s gyakorlatot igénylő momentumot képez s ha szabad magam igy kifejezni, műtevés a műtevésben, azután a műtevés tartamát nyujtja, infectio beférkőzését nagyobbitja, mind oly dolgok, melyeket helyesen kiküszöbölni érdemes volt megpróbálni. Ha azonban tekintetbe vesszük a lencse kitaszitásakor az iriszúzódás kikerülését, a komoly veszélyt rejtő prolapsus iridis kizárását, az esetleges utóhályog könnyebb operálhatását az iridektomia nélküli operálások felhozott előnyeivel s azok veszélyeivel szemben, akkor úgy hiszem a mérleg az iridektomiával végzett extractiók javára billen. A Graefe-extractiónál is előjöhető prolapsus, zúzás stb. eshetőségek úgy hiszem el esnek, ha azokat gyakorlott kéz végezi. A kimetszéssel járó iriszúzás pedig úgy hiszem el esik a kerek pupillán való lencse keresztül hajtásnál előjövő igazi iriszúzással szemben.

Hasonló elbirálás alá jut a számtalan, de alap nélküli vádaskodás az iridektomiával végzett műtét ellen, minő pl. az alkalmazkodás teljes kiesése, torzitás s a látóélesség rosszabb volta stb. Ezeket igazolni nem lehet, de az ellenkezőjét most már sok jó nevű szemész bizonyitja.

Nem mutatnak veszteségcsökkenést s jobb látást az új statistikák, sőt határozottan a Graefe-féle mögött maradnak még most is, midőn már gyakorlat hiányról szó sem lehet, mint talán az első kezdeti időben.

A műtét egyszerűsitése komolyan számba jövő indok, de nem mintha az iriskimetszése veszélyes zúzással járna, mint ezt egyesek hangoztatják, hanem azért, mert a szembe való nyúlás elkerülése, a műtéti idő rövidítése kisebb alkalmat ad az esetleges fertőzésre. Egyszerű műtét után sima lefolyás inkább várható, mint complicált után. Noha ezt tagadni nem lehet, manapság azonban ennek értéke is igen reducálódik az a- és antiseptikus eljárás tökéletesitésével. Ezt igazolják a három évből kikerült statistikák, melyek egy eljárás mellett az eredmény folytonos javulását mutatják. Igazolja ezt a budapesti szemklinika, Hirschberg, Knapp stb. sok évről kikerült adatai.

1890-ben midőn a budapesti egyetemi klinikától búcsút vettem, ott már akkoriban javában operáltunk iridektomia nélkül, úgy hogy ezt meglehetős gyakorlattal végeztük.

Sokszor volt alkalmam gyönyörködni s a látogató collegáknak dicsekedve mutogatni a kerek pupillákat, de soha sem tapasztaltam, hogy a betegeknek is hasonló nagy örömükre szolgált volna a kerek pupilla a Graefe szerint operáltakkal szemben.

Idegen statistikák is, ha jóságot mutattak fel, úgy azok legnagyobb része válogatott esetekből került ki, minek meggyőző ereje nincs.

Nem tehát az új eljárástól való irtózásom okozta a Graefe-extractio melletti hűségemet, hanem a már 1890-ben hasonló czimű dolgozatomban kifejtett nézetem s azóta az irodalomból meritett s részben a saját tapasztalataim alapján maradtam hive. Nagy megtagadás kellett ehhez, különösen az első időkben, midőn az új operálási methodus forrongásba hozta az egész szemész-világot s midőn a meggyőződés hangján irott oly nyilatkozatokat olvasott az ember, hogy „lelkiismeret furdalást érzek azon sok száz és száz szivárványhártya csonkitásért, melyet annyi Graefe szerinti extractiónál csináltam“

vagy pl. Knapp nyilatkozata „az iridektomia nélküli operálás nemcsak a legjobb, de a legbiztosabb is“ stb.

Gondolkodásom helyessége azonban ma már mindinkább bebizonyul, mert a régi irány ismét visszaköveteli régi rangját. Néhány, a statistikámban előforduló iriskimetszés nélküli műtevést, nagyon jó megválogatott esetekben végeztem részint a gyakorlat fentartása, részint tapasztalatok szerzése szempontjából, részint pedig, hogy collegáimnak ily extractio végeredményét az itteni orvosegyesületben bemutathassam.

Graefe szerinti extractiónál a sebet egészen elől a sclerában készítem és pedig az előre meghatározott mag nagysága szerint conjunctivalis lebenyre mindig törekszem, minek sebfedő hatását jónak tapasztaltam. Az irist a sebzúgig vágom ki, mert az annál kisebb kimetszésnél könnyen megesik az irisbenövés sőt kis prolapsus is és így a Graefe-extractio ezt mentesítő komoly előnye elesik. A tok tépésre eleinte a Förster-csipőt használtam, de később Schulek által szerkesztett részint hátranyuló fogas csipőjét alkalmaztam jó haszonnal. A lencse kihajtását mindig igen lassan végezem, mert így a sebbe már beékelődött lencsetömeg mellett a levált s hátra maradt kérgi részt Daviel-kanállal való enyhe simogatással könnyebben vagyok képes felfelé hajtani, mintegy a lencsetömeghez csatolni, mikor azután tömegesen űzhetem ki. Ily eljárás mellett sokkal kevesebb kéregrészletet hagyok hátra, úgy hogy az utána következő súrolásra kisebb feladat vár. Jóllehet a surolást káros eljárásnak nem tartom, de ha azt sikerül kikerülni, előny annyiban, hogy a műtevést rövidítjük, a seb tátongását kikerüljük.

Műtéteim mind lehető simán folytak le, különös abnormitást nem mutattak. Egy izben kellett a sebet tágítani egy kisebbnek itélt s valóságban nagyobb mag miatt, mi azonban a gyógyulást nem zavarta. A lencséből tokot mindig sikerült kitépni, kivételt ez alól egy Morgagniana-hályog képezett, melynél egy sajátszerű tünet adta magát elő, mint „Vérrel telt lencsetok“ czímen a „Szemészet“ 1896. 2. számában részletesen leirtam. Üvegtest egy esetben sem mutatkozott s így kanalazás sem történt. A műtétek, valamint a gyógyulás lefolyásáról felvilágositást ad a következő táblázat:

Műtét módja	Hályog alakja	Sebtágítás	Hosszú súrolás	Hosszú izgalom	Iritis	Irido-cyclitis	Panophthalm.	Sebrepedés	Üvegtest sebrepedés folytán
Extractio sec. Graefe	Cat n. matura	—	2	1	—	1	—	2	—
	„ matura	—	—	1	1	—	1	8	1
	„ hypermat.	1	—	—	—	—	—	1	—
	Morgagniana	—	—	—	—	—	—	—	—
	Complicata	—	—	—	—	—	—	—	—
Ext. periph. s.	Cat. mat.	—	1	—	—	—	—	—	—
Ext. s. Schulek	Cat. hyperm.	—	—	—	—	—	...	—	—
Ext. s. Beer	Cat. luxata	—	—	—	—	—	—	—	—

A kimutatásban egy veszteség szerepel, melynek kórtörténetét röviden közölni kivánom azon vallomással, hogy az okot itt önmagamban keresem. Tanulságos az eset azon szempontból, hogy a feltétlen tisztaságra mennyire kell törekedni s az e tekintetben becsúszott legkisebb hiba is nagy károkat okoz.

J. A. 52 éves lippai földmives mindkét szemén érett hályog volt. Műtét alá a jobb szemet vettem. A lakás igen szegényes pinczeszoba volt. A műtevés megindult s midőn az iriskimetszéshez fogtam, a Förster-csipő a földre esett, miért azt nem használhattam, alapos tisztogatásra pedig műtét közben nem volt időm. Műszertokomból tehát egy másik rég nem használt, közvetlen a műtét előtt nem tisztitott csipőt vettem ki, melyet használva a műtétet teljesen simán befejeztem. Huszonnégy óra mulva iritis, zavaros csarnokvíz, cornea még tiszta. Következő nap plastikus iritis, a cornea felső része a seb körül elszürkült mely a következő napok alatt totalis infiltratióig fokozódott s az eset panophthalmitissel végződött. Nem kétlem, hogy itt a csipő vitte be az infectiót, mit bizonyitani látszik némileg az iris részéről legelőször megindult gyuladás is. Én legalább itt ezen nagyon kinálkozó okra vagyok hajlandó visszavezetni a bajt s nem elégszek meg az irodalomban néha olvasható, világosság behatása, hülés stb. okokra visszavezetni a szomorú kimenetelt. Szépitgetéssel igazi hasznára nem válunk a tudománynak, de a tovafejlesztésre elfogulatlan kritikát kell önmagunk fölött is gyakorolni. Ezen eset képezte összes műtevéseim egyedüli veszteséget, mi ha az összes Graefe-extractiókat számitjuk, *1·06%*-ot tesz ki. Tekintetbe véve értekezésem elején vázolt sokszor nagyon nehéz körülményeket, úgy hiszem elég jó eredménynyel dicsekedhetek, mit jó részben a nagyon pontosan eszközölt tisztaságnak köszönhetek, jóllehet túlságba nem megyek. Nem nagy számú műtevésről van itt szó, de minden esetre van annyi, hogy reménységet meritheték a jövőre, hogy elveim szigorú betartásával a veszteség százalékja nem fog romlani, hanem még javulni.

A kimutatásban szerepel még egy eset, melyben vékony, izzadmányos hártya képződött az előre ment irido-cyclitis következményeként, de az illető szem előtt olvas ujjakat. Javitható tehát az eset, sőt némi látás most is van, úgy hogy az általánosan elfogadott osztályozás szerint ez korán sem jelent veszteséget. Az eset egy menházbeli 72 éves öreg emberre vonatkozik, ki a műtét után ötször repesztett sebet, úgy hogy egy izben (harmadnap) üvegtestet is préselt ki annyira, hogy ollóval kellett lecsapni.

A kimutatásban látható többszörös sebrepedések minden utókövetkezmény nélküliek voltak, a vér többnyire felszivódott, úgy hogy csak néhány esetben volt szükséges punctiót végezni.

Beer-extractiót egy esetben végeztem, egy luxált lencsénél, mi reclinálás következménye volt. A beteg a reclinálás után néhány hétig jól látott s egy izben sötét pinczében hajlongva dolgozott, midőn látása hirtelen elborult. Kétségtelennek tartom, hogy a sötétség miatt nagyon kitágult pupilla közreműködött a hajlongva dolgozó betegnél a lencsének előrejutásánál. Jelentkezéskor mérsékelt iritis volt s a csarnokban a teljesen elszürkült lencse foglalt helyet. Az iritis folytán megszűkült pupilla a műtétnél jó szolgálatot tett, a mennyiben a lencse hátraesését gátolta. A simán lefolyt műtét után az izgalom csakhamar megszünt, úgy hogy a nőbeteg + 10 *D*-val $v = {}^{5}/_{10}$ látással távozott. Nem hagyhatom ez alkalomból kifolyólag említés nélkül, hogy ezen a vidéken még ma is elég sok reclinált szemmel találkozhatni, minek a mestere egy temesmegyei falusi borbély, ki apjától öröklött művészetével még a szomszédos vármegyék köznépe között is működik. Aradra jövetelem első idejében három általa reclinált s iszonyú kinok között megvakult ember keresett fel, segitségemet kérve. Midőn annak lehetetlenségét hallották, kérve kértek, úgy legalább jelentsem fel az illetőt, ki őket a műtétre reá beszélte, azt végre is hajtotta s ily károkat okozott. Hiányos adatok azonban czélhoz nem vezettek. Teljes tudatában van a jelen operateur, hogy cselekedete a büntető codex alá tartozik, azért különféle nevek alatt, négyszemközt, nagy óvatossággal cselekszik. Tudomásom van róla, hogy évek előtt egy izben megcsipték a kuruzslót, reá is bizonyitották, de oly csekély büntetést kapott, hogy nem érezte szükségét annak, hogy jól jövedelmező mesterségével felhagyjon. Szigorúbb ellenőrzés s még szigorúbb büntetés kimérése volna szükséges, ki egyesek tudatlanságát felhasználva a jó cselekedet leple alatt a legnagyobb bajokat okozza.

A cataracta-műtétek közül egy bir még érdekességgel, a mennyiben egy jól kifejlődött, mintegy 3 mm. széles coloboma congenitumra vonatkozik (mindkét szemen). Az extratiót daczára a colobomának mégis felfelé csináltam oly szándékkal, hogy irist nem metszek ki. A beteg rossz viselkedése ezen szándékom meghiusitotta, a mennyiben már a sebkészités után irist szorított ki, miért azt rendszeresen kivágtam.

A műtét valamint a gyógyulás egyébként simán folyt le s a cselédleány (46 éves) tovább folytatja szolgálatát. A meglevő coloboma sokáig csábitott az alófelé operálásra, mégis felső metszésre határoztam magam, mire lényegesen befolyt a hasonló körülmények között alófelé végezni látott operálás rossz menete. Congenitalis iris coloboma már magában véve sem gyakori, annál ritkább, hogy az ily szem egyszersmind cataractás is. Mindössze három hasonló esetre tudok visszaemlékezni, mely közül kettőnél az alófelé készített sebzés s tokrepesztés után üvegtest buggyant elő, mi kanalazást tett szükségessé. A két eset közül egy pusztulással, a másik pedig lassú gyuladás után gyógyulással végződött. Érdekesnek tartom itt még felemliteni, hogy a betegnek fénybántódása soha sem volt, midőn szemei épek voltak, de nem volt azután sem, pedig itt arra inkább volt ok, mint a felső szemhéj által részben fedett Graefe szerinti operálás után.

A hatás milyenségére szolgáljon bemutatóul a következő táblázat.

Műtét módja	Hályog alakja	Eredmény		
		I. oszt.	II. oszt.	III oszt.
Extract. sec. Graefe	Catar. n. matura	2	3	—
	„ matura	19	5	1
	„ hypermat.	22	4	—
	„ morgagniana	1	—	—
	„ complicata	—	3	—
Ext. peripher. s.	„ matura	2	1	—
Ext. s. Schulek	„ hypermat.	—	1	—
Ext. s. Beer	„ luxata	—	1	—

Discissiót a sclerán át cataracta secundaria miatt három izben végeztem rendes menettel. Az eredmény mindig javulás volt, de egy esetben a következményes bajt megsínlette a szem.

S. S. 72 éves úrnő bal szemét 1888-ban Mauthner operálta Graefe szerint. Három évre rá a látás (mely a beteg kimondása szerint soha sem volt kielégitő) megromlott, minek oka a sok vékonyszálú secundariában rejlett. 1891-ben discissiót végeztem per scleram, mit a szem jól türt s látása tetemesen javult. Azonban 10—15 napra a műtét után a beteg nyomó fájdalmakról kezdett panaszkodni, a szem kissé kivörösödött s látása romlott. A vizsgálat a szem tensiójának megnagyobbodásában ($T+2$) találta az okot, miért rögtön 1% majd 2%-os pilocarpin-oldatot rendeltem. A szem némi kis megbékülést mutatott, de daczára a pilocarpin folytonos használatának a szem mintegy $1\frac{1}{2}$ év alatt megvakult. A papillán szélig terjedő üstszerű excavatio látható. Nem tartozik ez a gyakori esetek közé, de mégis elég ismert kellemetlen complicatiója a discissiónak a glaucoma előállása. Az irodalomból olvasott esetek azonban az ily glaucomák jóindulatúságát tüntetik fel, a mennyiben a tensiót csökkentő mioticumokra állandóan javulnak. Igy Keyser egy fulminans glaucoma végleges gyógyulását (discissio után) irja le eserin használatára. Nem kételkedem, hogy pilocarpin vagy eserinnel éveken keresztül jó karban lehet tartani a glaucomás szemeket, de nekem mégis valószinűnek tetszik, hogy az ily úton keletkezett s az emlitett szerekre véglegesen gyógyult glaucomák mégsem voltak valódi glaucomák.

Discissio után kis izgalmat s némi tensio-emelkedést többször lehet észlelni, mely a corpus ciliareból kiinduló csekély, de talán izzadmánynyal járó lobfolyamatból keletkezik. Sokáig fennállhatnak az emlitett tünetek, de végtére a lobfolyamat megszüntével az emlitett részben másodlagos tünetek is elmulnak. Az izzadmányos cyclitis következtében emelkedik a tensio, mely a pupilla tágulására s némileg a cornea bágyadtságára is vezethet, szóval elő áll a glaucoma klinikus képe. Könnyebben megitélhető az eset, ha a lobfolyamat az irisre is átterjedt s magában a corpus ciliareban a csekély vagy kisfokú sejt proliferatio folytán a pupilla nem tágul, sőt még némileg szükül. Knapp maga is a discissio után előállani szokott glaucomák egy részét a corpus ciliare sértése, zúzása következtében létrejöttnek mondja, mig más esetben lappangó hajlamot feltételez, mely kitör a beavatkozásra, mikor a tulajdonképeni glaucoma áll elő tüneteivel s szokott lefolyásával. Ezen esetekben már nem gyógyit a mioticum, hanem iridektomia vagy sclerotomiára van szükség annál is inkább, mert a hajlam nagy lehet, hogy a már meglevő iridektomia daczára a folyamat mégis előáll.

A corpus ciliare gyuladásai miként hozzák létre a glaucoma teljes vagy részleges tüneteit, eléggé magyarázzák Ridley szövettani vizsgálatain alapuló magyarázatai, mivel most bővebben foglalkozni nem lehet szándékom.

A műtéteket feltüntető táblázatban elég számban szerepel a cornealis discissio, mivel kapcsolatosan van a punctio corneae. Ez utóbbi túlszámban vér, geny kiereszt ésére vonatkozik, valamint sérült s tumescáló lencsék kiereszt ésére. Ez utóbbiak között egy izben a lencse felületes rétegében székelő kis aczélszilánkot Liebreich-csipővel sikerült eltávolitani, miután a duzzadt lencserészek eltávozván a szem meggyógyult.

Többszörösen észlelt dolog az, hogy veleszületett hályogok sokszor egy család több gyermekeinél mutatkoznak, még pedig a legkülönfélébb alakban. Ugy hiszem, hogy nem csalódom, ha azt mondom, miszerint mégis leggyakrabban a perinuclearis cataracta jön elő, mely már vagy az intrauterinalis életben fejlődik vagy az élet oly korai időszakában, hogy bátran veleszületettnek tarthatjuk. A sokféle magyarázat, mely ezen alakok fejlődését volna hivatva megvilágositani, sokszor teljesen elégtelennek látszik s meg kell elégedni azon lényeget nem magyarázó, de tényt konstatáló jelzéssel, hogy bizonyos öröklékenység áll fenn. Ily örökléken y s egy családban több gyermeknél előforduló congenitalis hályogesettel szaporithatom én is az irodalmat, mely sok tekintetben oly érdekes, hogy külön közlést is megérdemelne.

Tótkomlósi földmives, 3 vak gyermekét hozta be rendelésemre nem nagy reménységgel ugyan, de hogy szülői kötelességének eleget tegyen. Elmondja, hogy 5 gyermeke van, kik közül három vak és pedig úgy, hogy az első szülöttet beszámitva, minden második gyermek, tehát az első, harmadik és ötödik gyermek vak, míg a második és negyedik teljesen ép szemű. Az anya a gyermekek bemutatásakor három hónapos terhes volt, de az újszülött szemeiről többszörös kérdezősködéseim daczára értesitést nem kaptam.

Az első szülött gyermeknél, ki a műtétkor 8 éves volt, mintegy 6 hónapos korában vették észre, hogy mindkét szeme szürke, minek megfelelően látása mindig igen fogyatékos volt, úgy hogy csakis a legdurvább tárgyakat látta. Később a gyermek úgy segitett magán, ha valamit meg akart nézni, hogy szemét kezével árnyékba hozta, midőn látása némileg javult (pupillatágulás). A 8 éves, testileg jól fejlett leány mindkét szemén széles, egyrétegű perinuclearis cataracta volt, úgy hogy az ad maximum kitágitott pupilla mellett is csak nagyon keveset javult a látás, miért a lencse eltávolitására, mint egyedül végezhető műtétre határoztam magam. A műtét discissióból, 3 nap mulva punctióból állott, sima gyógyulás s teljes eredménynyel. A harmadik gyermek szintén leány, 4 éves, testileg jól fejlett. Mindkét szemén totalis, egyöntetű, fehér szinű cataracta volt. Tárgylátás nincs, de fényérzés s projectio jó volt. A gyermek látáshiányát a tapintással s hallással pótolta s a körülményeket s korát tekintve, bámulatos ügyességgel tudta azok felhasználásával a tárgyakat egymástól megkülönböztetni. A tárgyak nagyságát két kezének távolsága szerint becsülte, illetve a mint a tárgy kevésbbé vagy jobban szétnyitott két keze, karja közé befért. Hozzátartozóit tévesztés nélkül megismerte a hangról. Tapogatódzva legalább a szobában nagy ügyességgel járt s szülei kimondása szerint otthon az udvaron és kertben is eljárkált.

A műtét discissióból állott, midőn a tok jókora behasításakor a teljesen hig cataracta elborította a csarnokot s a tű visszahúzásakor a beteg nyugtalanságának s szemhéjainak erős préselésével önmaga fejezte be a műtétet a mennyiben a cornealis sebzés helyén a teljesen hig cataracta sugárszerűen legnagyobbrészt kilövelt. A szem minden izgalom nélkül gyógyult. Már másnap a pupilla korom fekete volt, úgy hogy harmadnap a kötést eltávolítottam s a gyermeket az ágyból kibocsátottam s nyolczadnapra már látásvizsgálatot is végeztem. A látás mennyiségét szavakban nem fejezhetem ki, részint mert a gyermek koránál fogva vizsgálatra nem alkalmas, részint pedig azért s ez a fontos, mert a gyermek nem tudott látni. Erre vonatkozólag néhány érdekes adatot kívánok felemliteni annál is inkább, mert az ilyen esetek nem tartoznak a gyakoriak közé. Az első vizsgálat alkalmával, midőn a szobát kivilágositottam, a gyermek bámészkodva tekintett maga körül, mint a ki teljesen idegen, ismeretlen tárgyak között van. A tárgyakat látta, de hogy ez vagy az micsoda, mindig „nem tudommal" felelt. Rögtön megismerte azokat, ha megtapintotta. A némán előtte álló egyénről nem tudta, hogy az ember s annak egyes részeit daczára annak, hogy jól ismerte, megmutatni nem tudta. Igy a hallgatag előtte álló Dr. Vas barátomról, ki a műtéteknél is segédkezni volt szives, nem tudta hogy élő lény, mig meg nem szólalt. Azon felszólításomra, hogy mutassa meg, hol van a feje, néhány percznyi tanakodás után a hasára mutatott, csakhamar helyre hozta azonban ezen hibáját, midőn megengedtem, hogy végig tapogassa. Édesanyjára, ki hallgatólag a szoba végén állott, közömbösen nézett, felszólításra sem tudta, hogy ki vagy mi mindaddig, mig az adott jelre meg nem szólalt, a mikor a gyermek mosolyogva ismerte meg és iparkodott felé menni. A tárgyak különböző nagyságáról fogalma sem volt, mig azt végig nem tapogatta. Szineket természetesen absolute nem ismerte, de különbséget vett köztük észre. A gyermek járása igen bizonytalan volt, félve tett egy-két lépést, midőn lábait sajátszerű módon emelgette, mintha valami előtte levő tárgyat kellene átlépnie. A bizonytalan járás azonnal megszünt, ha szemeit becsukta s pl. tapogatva az asztalt körül járta.

A délelőtt folyamán történt érdekes s itt csak röviden emlitett vizsgálatkor a kis beteg anyját felhivtam, hogy a szobában levő összes tárgyakat tanitsa vele. Huszonnégy óra elteltével bámulattal észleltem, hogy a gyermek a még előtte levő nap ismeretlen tárgyakat a legbiztosabban tudta, össze nem tévesztette, pedig egy nagy lakószoba minden aprólékosságaira kiterjeszkedtem. Sok tárgyat tanult meg, oly rövid idő alatt, sokkal többet mint ismeretlen körben még fejlettebb észtől is várni lehetne. Ennek kétségtelen magyarázata abban van, hogy ő csak képeket tanult, az egyes tárgyak képeit, de az azokhoz kötött fogalmak, milyenségek előtte már, más érzékszervek útján némileg ismertek voltak, mi a tanulást lényegesen megkönnyitette. A gyermek műtevés napjáig fény és arnyéknál egyebet nem látott, mit igazol az is, hogy a tárgyakat nem ismerte és mégis legalább mint durvább vizsgálat igazolta, nagyobb fokú amblyopiáról nem szólhatunk. Mily ellentétes észlelés ez a kanesalitó szemek megszokott amblyopiájával szemben.

Hiszem, hogy ez esetben is perinuclearis hályog volt eredetileg, mely később lett totalis, illetve alakult cataracta lacteává.

A harmadik 9 hónapos leánynak szintén perinuclearis hályogja volt, mit a szülők a gyermek kis korára való tekintettel megoperálni sehogy sem engedtek.

A gyermekek mindig egészségesek voltak, görcsökben nem szenvedtek, rachitisnek nyomai sem látszanak. A szülők és azok felmenő családtagjai mindig egészségesek s jó szemüek voltak.

Befejezésül még a glaucoma ellenes iridektomiákról, illetve esetekről kívánok néhány szót emliteni.

Glaucomás esetekben kivétel nélkül az iridektomiát sürgetem és csakis oly esetekben, hol teljes ellenszegülésre találok, rendelem a pilocarpint még pedig az eset szerint 1—2—3 percentes oldatban. A műtét ellen a parasztnépnél nagy ellenszenvre találunk, mert folyton a műtét sikertelenségétől fél s ha fogyatékos is a látása, annak jobbra fordulását várja. A teljes vakság beállásakor midőn már haszonnal nem lehet operálni vállalkozik a műtétre. Klinikai tartózkodásom alatt sokszor emelünk vádat a vidéki collegák felületessége miatt, midőn absolut glaucomás beteg jelentkezett, ma már azonban más szemmel tekintem a dolgot s teljesen megvakultak nagy részében az okot magában a beteg tudatlanságában s nemhivésében keresem. Több, saját esetemről van tudomásom, hol minden persvadeálás sikertelen maradt s az illetők megvakultak.

A műtett esetek közül első sorban érdemel emlitést R. J.-né 76 éves úrnő esete, kinek jobb szemét 1895. deczemberben operáltam glaucoma miatt.

Nevezett úrnő mindkét szeme elmondása szerint 1895. május hava óta romlott fokozatosan a nélkül, hogy külsőleg látszott volna valami vagy fájdalmai lettek volna. Baját kezdődő szürke hályognak tartották, miért rendelésemen csak 1895. szeptember elején jelentkezett. A szemek külsőleg teljesen épek voltak, a pupillák kissé szükebbek, de egyenletesek és jól reagáltak. Tensio normalis. Mindkét szem papillája borús és élés határ nélkül ment át a hasonlóan borús retinába. A venák tágabbak, kanyargók, az arrteriák szükültek, de lefutásukban rendellenességet nem mutattak. A retinában az edények mentén a jobb szemen igen sok, a balon kevesebb széles csikszerű vérzés volt, mely helyenként összeérve, idomtalan nagy vérzést mutatott. J. sz. v: $^5/_{70}$, b. sz. $^5/_{10}$. A beteg szervei teljesen épek voltak, csakis a test összes kitapintható arteriáinak keményedése s helyenkénti erős kigyózottsága volt kimutatható. Az elmondottak alapján kétségtelen volt előttem, hogy itt egy erős arterio-sclerotikus folyamattal volt dolgom, mely az emlitett kórképet létrehozta. A betegnek absolut nyugalmat, hashajtókat s jodkaliumot rendeltem. A vidéki beteget ezután 2 hónapig nem láttam, midőn a beteg fájdalmaitól nagyon elgyötörve jelentkezett ismét.

Elmondja, hogy nagy fájdalmai egy hónap óta gyötrik, de a téli idő s megtört egészsége miatt előbb utazásra nem határozhatta el magát.

A jobb szemen ekkor egy igen erős inflamatorius acut glaucoma volt minden tüneteivel, mihez még a csarnokban levő 3 mm.-nyi vérzés csatlakozott. A szemfenékbe a zavaros közegek miatt belátni nem lehetett. T + 3. A fényérzés is kiveszett. A most látott glaucomát lehetetlen volt a két hónap előtt látott szemfenéki változásokkal összefüggésbe nem hozni, tisztán állott előttem, hogy itt egy secundarius, haemorrhagikus glaucomával állok szembe. Az e fajta glaucomák rosszindulatosságát tekintve, félve a nagy vérzésre, eleinte csak erős pilocarpin-csepegtetésekre s óvatos punctióra határoztam magamat. Mindezen eljárásom teljesen sikertelen maradt, a fájdalmak csak megvoltak, úgy hogy az előrehaladt korú beteg teljesen meg volt törve. Ezek után mégis iridektomiára határoztam magam, jól lehet a környezetet, az esetleges enucleatio szükségére is elkészitettem. A műtét simán folyt le, az adott körülményekhez képest elég nagy iris darabot sikerült kivágni, de félelmem jogosult volt, mert oly erős vérzést kaptam, hogy rövid néhány óra alatt ötször kellett a vérrel teljesen átitatott kötést felcserélni. A vérzés végtére megszünt, a szem megbékült s azóta a fájdalmak is megszüntek, a tensio normális. A műtét óta a beteget több izben láttam s daczára, hogy annak két éve mult, a csarnok alján $^1/_2$—$1^1/_2$ mm. hyphaema állandóan van. A szemfeneket most is homályosan lehet látni, de kivehető a sok vérzés s a papillának rendes niveauja.

Egy hasonló esetem adta magát elő egy 70 éves nőnél, kinek kiterjedt acterio-sclerosis mellett s bal szemén már régen fennálló, kikiujuló glaucoma haemorrhagicumja volt. Iridektomiára itt a régen fennálló folyamat miatt gondolni sem lehetett. A szemet enucleáltam, mely a rég nélkülözött nyugalmat megadta. A beteg $1^1/_2$ év után apoplexiában halt el.

A műtéti kimutatásban szereplő, egy sclerotomiáról kívánok

még beszámolni, melynek végzésében nem valami különös indok vezérelt, de a tanulni vágyás miatt csináltam azt, mert az esetet arra különösen alkalmasnak találtam.

G. J.-né, 65 éves tanító neje mindkét szemén glaucoma infl. chronicum volt, mi mellett a szemek nagy fokban hypermetropiásak voltak.

Jobb szemén v: $^5/_{10}$, bal szemen (régebben beteg szem) v: $^5/_{70}$? T + 1, mindkét papilla üstszerűen kivájt. A jobb szemen, mint vezérszemen iridektomiát végeztem, míg a bal különben is rossz látóélességű szemen a sclerotomiát. A szemek megbékültek s $^5/_4$ év leforgása alatt egyik szemen sincs változás. Később is felügyelet alatt tartom.

Adatok a Schulek tanár-féle hályogoperatióhoz.

Irta: *Löcherer Tamás* dr. a Gömör vármegyei közkórház igazgatója.

A szemészeknek azon törekvése, hogy a hályogoperáltaknál a kerek pupilla megmaradjon, nemcsak azért jogosult, mert ez által — a kosmetikus szempontokon kivül — az iriskimetszéssel operáltak ellenében a kellemetlen káprázaton is segítve van, hanem azért is jogosult, mert tudvalevő dolog, hogy az iris fénymérséklő physiologikus rendeltetésének felfüggesztésével a legszebb eredményű iriskimetszésű hályogműtétnél is az évek során a túlságos fénybehatás következményeként utóbajok is keletkezhetnek. Megtartani tehát a fénymérséklő irist élettani működésének s elérni a lehető legjobb eredményeket a hályogműtevések terén, teljesen jogosult törekvés az operált szem, az operált egyénnek jövője érdekében. Ez irányban fáradoznak korunk legjelesebb szemészei. S ha ugyan a kerek pupillás hályogoperatiók terén folytonosan mutatnak fel nevezetesebbnél nevezetesebb eredményeket, tagadhatatlan, hogy az eddigi műtétmódok eredményei a *Graefe*-féle hályogkivonás gyógyulási eredményei mögött még mindig messze elmaradván, utánzásra alkalmasaknak nem mutatkoztak. Legalább eddig sem a *Weber*-, sem a *Wecker*-, sem a *Knapp*-féle, sem egyéb operatiók eredményei nem voltak biztatók arra, hogy műtétjeik módja a gyakorlatban szélesebb alkalmazást találhasson. Ez lesz-e a *Schulek* tanár kerek pupillás operatiójának is a sorsa? ma még el nem határozható, mert elegendő számadat, elegendő gyakorlottság nem áll rendelkezésünkre. A ki azonban egy jól sikerült kerek pupillával hagyott Schulek-féle hályogkicsúsztatást látott évek multán is változatlan jó látási eredményével, a hályogműtétek ideálját látja maga előtt. Vagy legalább hinnie kell, hogy a kerek pupillás hályogoperálás terén a tökéletességhez sokkal — nagyon sokkal — közelebb vagyunk.

És ez való is, mert ha egy ilyen jól sikerült műtétet véve zsinórmértékül, azt látjuk, hogy a cocain hatása alatt egy teljesen fájdalmatlan műtétnél a corneán a műtő jól ellenőrizheti a contrapunctiót, s mert a műtét terét vér nem borítja el, minden mozzanatát a műtétnek úgyszólván tapogatás nélkül biztonsággal végezhetjük, az a biztonság, hogy a tokletépésnél az üvegtest előesésének eshetősége minimalis, hogy a cornea hosszas súrolására nincs szükség, hogy a műtét gyorsan végezhető, hogy a seb már 24 óra multán teljesen összetapad s a tekén alig van izgalom, a betegnek nem kell napokig hátán feküdnie s a gyógyuláskor a felső szemhéj által teljesen takart hajszálnyi vonalas heg, a szép kerek pupilla észrevenni sem engedi, hogy itt a látást visszaadó operatio ment végbe, igazat ad akkor, a mikor azt állíthatom, hogy egy ilyen szépen sikerült műtét egy hasonlóan sikerült iriskimetszéssel végezett hályogoperatióval szépségre, jóságra nem is hasonlítható össze.

Minden műtétnek vannak kedvezőtlen esélyei, ez természetes dolog. Hogy a *Schulek*-félénél — mint az önmaga iránt is szigorúan itélő mester maga mondja — sok a kellemetlen complicatio, az bizonyos. De vajjon nincs-e másféle műtétnél is? Absolute biztos-e a legegyszerübb operatio? Bizonyára nem.

Ha tehát megtörténik az, hogy a Schulek-féle kerek pupillás műtétnél egyszer utólagosan kell a sebet tágítani, máskor a kés élére kerül az iris vagy kitüremkedik, vagy zúzódást szenved, vagy pedig az irist utólagosan kell kimetszeni, vagy tokmaradványokat utólagosan kell kihúzni, vagy következményes gyuladásos állapotok keletkeznek, ezek mind olyan jelenségek, melyek mindenféle műtétmód mellett bekövetkezhetnek és be is következnek, tudjuk, sokszor a műtétmódban nem elég a gyakorlottság, sokszor az egyén nyugtalansága, sokszor a körülmények complicatiói miatt.

Ezen factorok tehát egyenlően megmaradnak minden műtétmódnál.

Valamely műtét meghonosulásához a kellő gyakorlati ügyességen kivül azonban leginkább szükséges a szoros meghatározása azon eseteknek, a hol az egyik vagy a másik műtétmód alkalmazása nagyobb eredménynyel járhat.

Csekély tapasztalataim szerint szükséges minden esetre, hogy a *Schulek*-féle műtétnél is a kedvező dispositiók szoros figyelembe vétessenek. Mert a mint tévesen cselekszik az, a ki minden esetben a siker előrelátható biztosításának legkisebb jele nélkül is egyfomán sablon szerint operál, éppen úgy helyes az eljárás, ha minden esetben az egyéniséget, a körülményeket, az operálandó objectumot szorosan meghatározva választunk a követendő eljárások közül.

A rendelkezésemre állott anyag nem sok ugyan, de némi tájékozásul szolgálhat arra, hogy a magamféle kevésbbé gyakorlott műtő is levonhassa belőle a következményeket a *Schulek*-féle kerek pupillás hályog kicsúsztatási műtétmódra nézve.

Hol operáljunk *Schulek* szerint, már maga a mester is szabatosan meghatározta.

A gyakorlatban úgy mutatkozik a dolog, hogy a *Schulek*-féle operatio mindenütt eredménynyel végezhető, és pedig.

1. fiatal egyéneknél inkább, mint idősebbek hályogjánál, mert az előbbieknél rendszerint kisebb a mag;

2. kismagú hályogoknál, mert az ilyen hályog a seben könnyen jöhet elő, nem okoz iriskitüremkedést, zúzódást;

3. jól tágulékony irisnél, mert a rosszul tágúló iris szövezete rigid s nem tér ki jól a kicsúszó hályognak, hanem bele akadozik a tömöttebb hályog kiálló rögeibe s így okvetlen zúródást szenved.

4. Kosmetikus szempontból inkább nőknél, mint férfiaknál.

5. Miután a műtétmódba még a kellő begyakorlottság hiányzik, jó ha a műtő az operálásra került egyén második hályogjának eltávolítása végett operál kerek pupillásan.

Mesterünk virtuoz műtevései s az új műtétmód tetszetőssége, nem csoda, ha minket igénytelen utánzókat is felbuzdított az operálás ezen módjának kisérleteire s a rendelkezésemre állott kevés anyag felhasználásáról a következőkben számolok el:

Végeztem a *gömörvármegyei* közkórházban összesen 154 hályogműtétet. Ezek közül volt *Graefe*-féle 75, *Jaeger*-féle 14, 1892-től *Schulek*-féle 65; az összes műtétek közül veszteségem volt 6, tehát 3·89%, javult volt 7, százalékban kifejezve 4·54%, gyógyult 141, százalékban 91·55%.

Megjegyzem, hogy osztályzásomban gyógyultnak jelzem azt, a hol az operált a megfelelő üveggel legalább 6/70-edet lát, javultnak azt, a hol látásból legalább is a tájékozási látás megmaradt és elveszettnek, a hol a szem fényérzése megszünt.

Ezen közleménynek főczélja lévén a *Schulek*-féle kerek pupillás hályogműtéthez adatokat szolgáltatni, lássuk, miként viszonylanak a műtéteredményi számok.

Elveszett	Graefe-féle	1 —	1·33%
	Schulek-féle	5 —	7·67%.
Javult	Graefe-féle	2 —	2·66%
	Schulek-féle	5 —	7·67%.
Gyógyult	Graefe-féle	72 —	96·00%
	Schulek-féle	55 —	84·01%
	Jaeger-féle	14 —	100·00%.

A *Schulek*-félénél mind az öt veszteséget a genyes iritis okozta, mely átterjedt a szem összes szöveteire. A műtétnek tehát úgy látszik leggyakoribb és legszomorúbb szövődménye az iris zúzódása lehet, mely az aseptikus cautelák mellett is alkalmat adhat gyuladás keletkezésére. Ebből úgyszintén az is következik, miszerint a műtétmód választásánál leginkább figyelni kell arra, vajjon az elszürkült lencsének megszületéséhez elegendő térbeli viszonyok lesznek-e majd. Mert kis seben ki nem férő nagy hályog miatt többféle lesz majd a beavatkozás is. A sebtágítás, az esetleges kikanalazás az iris-zúzódást vonja maga után, a mely beavatkozást kivált idősebb egyének szeme ritkán tűr el erősebb reactio nélkül.

A *Schulek*-féle kerek pupillás műtétnél előfordult öt veszteségem közül idősebb egyének szemén fordult elő négy és csak egy fiatalabb egyénnél. Ez utóbbinál is a rossz eredményt inkább annak vagyok hajlandó betudni, hogy az illető *diabetes mellitus* okozta hályogjánál a vízszegény szövetek szervezeti nagy gyöngesége ellentállni a hályog súrolásától származott genyes iritisnek nem volt képes.

Hasonlóan a térbeli viszonyokhoz kell kötnöm a *Schulek*-műtét eredményét azért is, mert majdnem mindegyik javult és elveszett esetemben a 10 milliméternél kisebb átmérőjű corneákon elegendő nagy seb nem készülhetvén, a vaskosabb hályog nehéz kihajtási manipulatiók okozták az iris súrlódásait.

Eseteimben az iris kés elé egyszer sem került.

Irislemetszést vagy kimetszést nem végeztem.

Vaskos tokmaradvány volt elég ugyan, ezek azonban nem a központban lévén, nem alkalmatlankodtak a látásnak s utólagos műtétet nem provokáltak. Sebrepedés előfordult egy esetben, a midőn a beteg álmaiban szeméhez kapott. A corneából kétszer indult ki genyedő folyamat.

Keratitis striata volt egyszer.

Iris a sebhez húzódott — a nélkül azonban, hogy a a pupilla ovalis elhúzódásával egyéb rossz következményekkel járt volna — 9 esetben.

Tok maradt négy esetben.

Pókhálószerű utóhályog egy esetben.

Tokostól eltávolittatott csipővel a hályog három esetben üvegtest előcsés nélkül.

Utóműtétként végeztem egy reclinatiót s egy discissiót.

A 65 hályog között volt:

catar. matura	30,	gyógyult	28,	javult	1,	elveszett	1
„ hypermatura	15	„	7	„	4	„	4
„ morgagniana	6	„	6	„	—	„	—
„ juvenilis	13	„	13	„	—	„	—
„ luxata	1	„	1	„	—	„	—

Hogy a műtéthez szokott gyakorlat kell, mutatja az, miszerint a míg az

1892. évben	8	műtét közül	gyógyult	7,	elveszett	1 —	12·5%
1893. „	12	„	„	11	„	1 —	11·6%
1894. „	23	„	„	20	„	3 —	13·0%,

addig az

1895. évben	17	„	„	17	„	—	— %
1896. I. félév	5	„	„	5	„	—	— %

veszteség nem volt.

Kétségen kivül a sűrübb begyakorlásnak lehet betudni a jobb eredményeket.

Férfinál végeztetett 29, nőnél 35 esetben. Az elveszett szemek mind férfiaknál fordultak elő.

Mindezen körülmények csak azt igazolják, a mit a mester mond, t. i. hogy a műtét indicatióit szorosan meg kell határozni s a szerint kell a műtétmódot megválasztani. Annyi tényleg kétségtelen, hogy ott, a hol a kerek pupillás hályogműtét jól kivihetőnek látszik, minden előző körülménynél fogva kár a *Graefe*-féle ugyan biztosabb gyógyulási eredményű, de éktelenitő műtétet végezni.

Közlemény sz. kir. Debreczen város közkórháza szemészeti osztályának 3½ évi működéséről.

Irta: *Somogyi Zoltán* dr. Debreczen.

Ide s tova 15 éve, hogy megváltam attól az iskolától, a melynek mint megalapitóját s éltetőjét 25 éves tanári jubileuma alkalmával ünnepelni óhajtjuk. Valóban ünnep ez reánk, volt tanitványaira, de kell, hogy ünnep legyen ez az egész ország közönségére; mert igazán elmondhatjuk, — a nélkül hogy hizelegni akarnánk, — hogy országunkban a szemészet modernebb kultiválása, s a vidéki közönségnek rendelkezésére álló képzett szemészek segélynyujtása, az ő fáradhatatlan munkásságának s kitartó buzgalmának eredménye; s ha az ő tanitványai közül, bármelyikünk számbavehető eredményt ért el, úgy ez valóban, a nagy közönség kiváló hasznára történt s a hála, a mit ezért megérdemeltünk tova száll arra, a kinek köszönhetjük ez eredmény elérését.

A midőn odahagytuk az iskolát, ünnepelt mesterünk lelkünkre kötötte, hogy dolgozzunk tovább fáradhatatlanul s a gyakorlatunkban időnként előforduló kiválóbb esetekről, ne mulasszuk el az iskolát értesiteni; s ha volt is közöttünk olyan, a ki talán ezen óhajának nem tett eleget, ezt, azt hiszem nem a feledékenység, nem is a közölhető esetek hiánya, — mert hiszem, hogy ily esetekben egyikünk sem szükölködött — hanem inkább a vidéki praxis s az ezzel járó fárasztó és gondterhes munkálkodás okozta.

Nekünk vidéki orvosoknak, tudjuk, hogy küzdenünk kell — legalább eleinte — a megélhetés gondjaival, de küzdenünk kellett különösen ezelőtt 15 évvel — s talán némi részben még ma is — a közönség hiányzó bizalmával, s hogy ez régebben némi részben indokolt is volt, ennek illustrálására elhalt elődömnek egy tényét emlitem fel, a ki ez időben itt a szemoperálásokat végezte s mint fiatal kollegát segédkezésre hivott egy iridectomia készitéséhez; s a midőn az operatióhoz megjelentem, kezdte előszedegetni csak úgy kopaszon berakott, rozsdás eszközeit egy szivaros ládikából, mely eljárásától én annyira megijedtem, hogy az operatio elől megszöktem. Hogy az eredmény mi lett, mai napig sem tudom.

Én is azok közzé tartozom, — a kik oly hosszú időn keresztül hallgattak — én is hallgattam, de sohasem feledtem az iskolát, annak mesterét s annak működését, buzditó eredményeit mindig figyelemmel kisértem, s dolgoztam tanitása s utasitása értelmében, s ezt igyekszem feltüntetni most, midőn a debreczeni új közkórház szemészeti osztályát, annak 3½ évi betegforgalmát s operatióit ismertetem.

A debreczeni kórház 1893. év május 1-én adatott át a szenvedő emberiségnek. A kórház a modern igényeknek többékevésbbé megfelelve, pavillon-rendszerben épült. A terv és költségelőirányzat szerint a szemészeti osztálynak is egy külön álló pavillon volt szentelve, azonban mire elkészült volna, az idők vasfoga annyira megemésztette, már nem tudom

a tervet-e vagy a költségelőirányzatot, hogy a szemészeti osztály, ma a maga valóságában a tiszta szembetegek számára a sebészeti pavillonnak egy szárnyát foglalja el, míg a ragályos szembetegek számára az ú. n. ragályos pavillon egy-egy szobája áll rendelkezésre.

A közönséges szembajosok osztálya, mint említettem, a sebészeti pavillon egyik szárnyában van. Áll 2 nagyobbacska teremből, egyik a férfiak számára 8 ágygyal, másik a nők számára 7 ágygyal, e kettő között van egy orvosi szoba, a mely egyúttal szemtükröző helyiségül is szolgál, mindezeket összeköti egymással egy fűthető folyosó, a melynek végiben a fürdőszoba s egyéb helyiség esik.

A ragályos osztály egy távolabb fekvő ú. n. ragályos pavillonban foglal helyet; ennek férfi- és nő-osztályán egy-egy szobával 6—6 beteg számára. Úgy hogy a két osztályra 27 beteg vehető fel.

A közönséges szembajosok osztálya a mai modern igényeknek — ha nem is mindenben — de eléggé megfelelő, elég tágas magas szobák, központi fűtéssel, vízvezetékkel, szellőztetővel s légszesz-világítással ellátva, s kifogás alá csak az eshet, hogy a közös folyosón a férfi- és nő-betegek kölcsönösen találkoznak.

A ragályos pavillonban elhelyezett trachomás osztályról azonban nem nyilatkozhatom ilyen megelégedéssel; mert eltekintve attól, hogy a másik osztálytól távol esik, — a mi operatiók alkalmával vagy betegvizsgálatoknál kényelmetlen — a ragályos pavillon közös folyosójáról nyilik, úgy hogy a trachomások a mellettök eső másik vagy harmadik szobában levő diphtheriás, vörhenyes, himlős beteggel egy közös folyosóra, fürdőbe stb. járnak s volt rá eset, hogy a trachomából gyógyult beteg diphtheriát szerzett vagy himlőhelyesen távozott.

Minthogy ezen közkórházban bejáró betegek nem gyógykezeltetnek, ennélfogva szemészeti ambulantia sincs, ennek következtében a közölt betegforgalmi kimutatás is csak a kórházba felvett betegekről s az ezeken végrehajtott operatiókról szól.

Feltünő lesz ebben a kimutatásban mindjárt az, hogy ily nagy, s ily nagy vidékü városban trachomás minő kevés szerepel; erre óhajtom megjegyezni, hogy Debreczen sz. kir. városa trachomás betegeit külön, a városházánál levő helyiségben ambulanter gyógykezelteti, s a kórházban felvett trachomás betegek csaknem mind vidékiek s csak egy-kettő szerepel köztük helybeli olyan, a ki súlyos s nagyobbfokú trachomában szenved. S épen ez is, de még másrészt, mivel a mi vidékünkön csak komplikáltabb trachomások fordulnak kórházi gyógykezeléshez, oka annak, hogy a kimutatásban a gyógyult esetek száma csekély.

Tudjuk nagyon jól, hogy semmi sem elastikusabb a statistikai kimutatásoknál, s nincs könnyebb, mint egy szép, hangzatos betegkimutatást készíteni, ezért kívánom megjegyezni, hogy itt is szemem előtt lebegett s igyekeztem feledhetetlen iskolám nyomdokain haladva a kedvező vagy kedvezőtlen eredményt a maga valóságában feltüntetni. Most pedig nem czélom ezen kimutatásra részletesen kiterjeszkedni vagy egyik-másik érdekesebb esetet ismertetni, csak nagy általánosságban kívánok hozzászólani egy-két műtéthez vagy gyógykezeléshez.

A kötőhártya-bántalmaknál, az annyit csépelt, de még kellő módon meg nem rostált trachomások s ennek gyógykezeléséről pár szót. Hosszúra nyúlnék, pedig talán nem lenne érdektelen, itt ismertetnem, hogy minő erélyes intézkedéseket igyekszik tenni sz. k. Debreczen városa 1894 óta arra, hogy a meglevő trachomások bejelentessenek, rendőrileg ellenőriztessenek s kellő módon gyógykezeltessenek; s minthogy ezen ellenőrzéssel és gyógykezeléssel is én vagyok megbizva, szabad legyen az 1897. január 1-én zárult trachoma kimutatásból annyit felemlítenem, hogy eddig bejelentett trachomásunk 518 van, ezen trachomások között — mivel az iskolák rendszeresen vizsgáltatnak — körülbelől 100 iskolás gyermek foglal helyet; ezt csak azért kívánom megjegyezni, hogy a gyógyultak nagy százaléka épen ezen betegségök kezdetén levők közül kerül ki. Ezen 518 trachomás közül 1897. január 1-jéig gyógyult 193, elhalt vagy ismeretlen helyre távozott 103, úgy hogy ma a gyógykezelés alatt levő trachomások száma 222.

Ezek, valamint a kórházi trachomások gyógykezelése körülbelől $^{8}/_{10}$ részben sublimat-oldattali (1 : 600—800) erélyes ledörzsölésben — s esetleg a csomók kipréselésében — áll, s legfeljebb $^{2}/_{10}$ részban használom a lapis-oldatot, galvanocautert stb. s én is talán azon hibában leledzem, mint sok mások, hogy e kezeléssel nagyon meg vagyok elégedve.

A szaruhártya-bántalmaknál, különösen a genyesekné sok esetben alkalmazom a galvanocautert, sublimat szemvizet s jodoform-beporozást, s én ezekről csak jót mondhatok, míg ellenben nem tapasztaltam oly fényes eredményt az annyira feldicsért sublimat-oldat kötőhártya alá fecskendésétől.

Végül még pár szót, — az általunk legjobban dédelgetett s valóban a szemészek leghálásabb operatiójáról — a cataracta extractióról! Itt mindjárt ki kell jelentenem, hogy a kórházban felvett catar. seniliseknél mindig a Graefe-féle extractiót csináltam, s nem kisérleteztem az újabb iriskimetszés nélküli operatiókkal, úgy okoskodva, hogy — mivel a kórházi gyakorlatban a legtöbb esetben olyan betegek szerepelnek, a kiknél alig jöhet számításba a többé-kevésbbé fényes eredmény — nekem arra kell törekedni, hogy minél többen nyerjenek olyan látást, a mi az ő fogalmaiknak, munkálkodásuknak eléggé megfelelő s complicatiók elkerülésével a kórházból mihamarább szabadulhassanak; s talán ennek köszönhetem, hogy 49 extr. közül csak egy vesztességem volt.

Az extractiók végzésénél a fősúlyt a tisztaságra fektetem, s a desinficiálás csak másodsorban szerepel. A beteg tisztába húzott ágyban, bekötött fejjel, operatio előtt egy óra hosszáig sublimat-oldattal (1 : 7000) borogat s közben szemei kimosatnak; s igy előkészítve cocainozom (5%) három izben 20—25 percz alatt s ekkor operálok. Operatio előtt kezeinket megmossuk szappannal s éles kefével megkeféljük. Az eszközök tisztítását minden alkalommal magam végzem, operatio előtt is — után is absolut alcohollal. A bekötést a régi módhoz híven — sublimatgaze, vattaflanell-pólya — csinálom s az utókezelésnél — ha az operált semmiféle fájdalomról nem panaszkodik — a kötést 2 × 24 óráig nem változtatom meg.

Műtétek jegyzéke.

Extr. catar. sec. Graefe	43
Extr. catar. complic. sec. Graefe	2
Extr. catar. lineris simpl.	4
Extr. catar. secund	1
Discissio catar. secund	1
Iridectomia antiphlogistica	34
Iridectomia optica	3
Excisio prolapsus iridis	1
Enucleatio bulbi	5
Operatio neoplasmatis bulbi	2
Operatio neoplasmatis conjunct.	1
Operatio pterygii	5
Blepharoplastica sec. Fricke	2
Oper. ectropii cicatr. (s. Sanson, s. Dieffenbach)	2
Operatio trichiaseos sec. Flarer	10
Exstirpatio chalazii	4
Galvanocausticus égetés és apróbb műtétek száma ismeretlen.	

Kimutatás sz. kir. Debreczen város közkórháza szemészeti osztályának első 3½ évi működéséről.

A betegség neve	1893. évi május 1-től 1896. deczember 31-dikéig											
	Felvétetett			Elbocsáttatott						kórházban maradt		Ápolási napok
				gyógyultan		javultan		gyógyulatlan				
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	
Conj. catarrh. acuta	21	13	34	19	11	2	1	—	—	—	1	446
Conj. catarrh. chron.	6	1	7	1	1	5	—	—	—	—	—	374
Conj. follicularis	—	2	2	—	2	—	—	—	—	—	—	59
Conj. vesiculosa	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	13
Blennorrhoea acuta	14	10	24	4	9	9	1	1	—	—	—	943
Blennorrhoea chron.	15	6	21	2	3	13	3	—	—	—	—	1036
Trachoma	78	78	156	10	16	65	61	1	1	2	—	7984
Conj. traumatica	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	16
Pterygium	2	2	4	2	2	—	—	—	—	—	—	35
Neoplasma conjunct.	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	8
Keratitis superfic.	10	7	17	9	5	1	2	—	—	—	—	560
Kerat. phlyctaenosa	21	48	69	20	42	1	5	—	—	—	1	2317
Kerat. parenchym.	2	1	3	2	1	—	—	—	—	—	—	196
Kerat. traumatica	—	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—	5
Ulcus corneae	20	7	27	18	7	2	—	—	—	—	—	698
Abscessus corneae	3	3	6	1	2	1	1	—	—	1	—	131
Cicatrix simpl.	4	2	6	1	—	1	—	2	2	—	—	271
Cicatrix adhaer.	5	5	10	4	5	—	—	1	—	—	—	322
Corpus alien. in corn.	3	—	3	3	—	—	—	—	—	—	—	16
Kerato-iritis	2	1	3	1	1	—	—	1	—	—	—	165
Iritis acuta	6	1	7	5	1	—	—	—	—	1	—	205
Iritis chronica	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	87
Iritis sympathica	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	17
Iritis syphil. (gumma)	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	32
Prolapsus iridis	3	2	5	3	1	—	1	—	—	—	—	158
Synechia poster.	3	2	5	2	2	1	—	—	—	—	—	100
Occlusio pupillae	9	4	13	3	2	2	1	4	1	—	—	453
Glaucoma inflam.	—	3	3	—	3	—	—	—	—	—	—	73
Glaucoma simpl.	—	2	2	—	2	—	—	—	—	—	—	96
Glaucoma chronic.	1	1	2	—	1	1	—	—	—	—	—	37
Glaucoma absol.	1	1	2	—	—	—	—	1	1	—	—	8
Retinitis chronica	3	—	3	—	—	3	—	—	—	—	—	76
Neuro-retinitis	9	1	10	2	—	7	—	—	1	—	—	397
Retinitis pigmentosa	1	1	2	—	—	—	—	1	1	—	—	13
Neuritis optica	5	2	7	—	—	5	1	—	—	—	1	261
Chorio-retinitis	—	2	2	—	—	—	2	—	—	—	—	49
Atrophia n. optici	4	3	7	—	—	—	—	4	3	—	—	78
Ablatio retinae	—	2	2	—	—	—	—	—	2	—	—	125
Catar. nond. matura	7	1	8	—	—	—	—	7	1	—	—	34
Catar. mollis	1	2	3	1	2	—	—	—	—	—	—	120
Catar. senilis	19	13	32	19	12	—	—	—	1	—	—	1373
Catar. traumatica	5	—	5	3	—	2	—	—	—	—	—	146
Catar. sen. cum glauc.	—	3	3	—	3	—	—	—	—	—	—	101
Catar. secundaria	1	2	3	1	2	—	—	—	—	—	—	57
Synchisis	2	2	4	—	—	1	2	—	—	1	—	207
Panophthalmitis	1	1	2	1	1	—	—	—	—	—	—	95
Hemeralopia	3	—	3	—	—	3	—	—	—	—	—	33
Trauma bulbi	16	2	18	11	1	2	1	2	—	1	—	384
Phthisis bulbi dolor.	—	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	16
Neoplasma bulbi	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	28
Ectropium cicatr.	1	4	5	1	2	—	2	—	—	—	—	224
Blepharitis ulcer.	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Chalazion	—	2	2	—	2	—	—	—	—	—	—	16
Symblepharon anter.	—	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—	5
Blennorrh sacci lacr.	3	2	5	—	—	3	1	—	1	—	—	158
Strictura duct. n. lacr.	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	3
Összesen	315	253	568	152	147	130	86	27	17	6	3	20.761

A tabeses látóidegsorvadás.

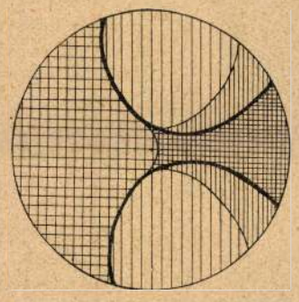
Kórszövettani vizsgálatok eredménye.

Irta: *Grósz Emil* dr. egyetemi magántanár, szemklinikai tanársegéd.

A budapesti királyi orvosegyesület 1896. márczius hó 14-ikén tartott ülésében[1] azon nézetemnek adtam kifejezést, hogy a látóideg degeneratiója a tabes dorsalis állandó s egyik legkorábbi tünete. E meggyőződésemet akkor klinikai vizsgálataim eredményével okoltam meg, de már akkor mondottam, hogy teljes bizonyosságot csak a kórszövettani vizsgálatok nyujthatnak.

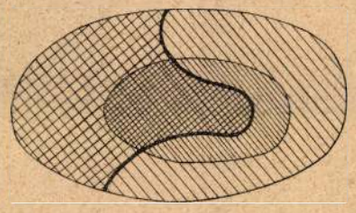
Ez idő óta úgy a klinikai észlelések folytatásával, mint e vizsgálatok megejtésével foglalkoztam s bár igyekeztem szigorú ellenőrző birálatot gyakorolni, ma is, midőn már 200-nál több esetet vizsgáltam meg, azt kell mondanom, hogy a szemfenéki kép jellegzetessége, a látótér peripheriás szűkülete már olyankor engedik a látóideg bántalmazottságát felismerni, a midőn a beteg maga látás romlásról még épen nem vagy igen keveset panaszkodik.

A látóterek pontos felvétele és azok gondos mérlegelése már eleve felhivta figyelmünket, hogy a látószerv melyik részében keressük az anatomikus elváltozásokat. Ma már ugyanis a látóideg, a keresztezés és a tractus rostjainak elrendezéséről meglehetős biztos fogalmunk van. Azt, hogy embernél a látóideg rostjai semidecussatiót szenvednek, *Newton* óta olyan sok klinikai tapasztalás (*Graefe*), anatomikus lelet (*Müller*) és klassikus kisérlet (*Gudden*) igazolta, hogy a *Michel* által újolag kezdett vita valóban tárgytalan. A rostlefutások ismeretében újabb s hatalmas haladást jelent a *papillomacularis köteg* helyzetének felismerése. Mig az anatomusok hiába igyekeztek a retina egyes részeihez tartozó rostok haladásának követésére, addig *Samelsohnnak* s utána többeknek (*Nettelship, Vossius, Bunge, Uthoff, Thomsen*) sikerült kóros esetekből a papillomacularis köteg lefutását biztonsággal megállapitani. A vizsgálatok ritka egyértelműséggel kideritették, hogy a papillában s közvetlenül a szem mögött ventrolateralis helyzetben van, itt ékalakú, melynek alapja az ideghüvely felé tekint, a szemteke mögött 20—30 mm.-rel már a látóideg tengelyében fut s függőleges ovalist képez, a foramen opticum tájékán ugyancsak a tengelyben halad, de vízszintes ovalis alakját veszi fel. A chiasmában a macularis rostok a centrumban s kissé dorsalisan feküsznek, piskótaalakúak, a tractusban pedig zárt centralis helyzetet foglalnak el.



1. ábra.

A látóideg rostjai lefutásának vázlata a szem mögött. (Henschel nyomán.)



2. ábra.

A látóideg rostjai lefutásának vázlata a foramen opticum tájékán. (Henschel nyomán.)

NB. A keresztezett vonásokkal ábrázolt terület a keresztezett rostokat; a sűrűen vonalozott rész a papillomacularis rostkötegeket jelenti.

Ujabb (*Uthoff, Siemerling, Jatzow, Schmidt-Rimpler, Delbrück, Monakow*) s különösen a *Henschel* által végzett vizsgálatok a *keresztezett* és *keresztezetlen* rostok lefutásáról is adnak felvilágositást. Ezekből kiderült, hogy a keresztezetlen rostok a szem mögött két csoportra oszlanak, az egyik dorsalisan, a másik ventralisan fekszik és pedig a látóideg széli részein. A látóideg értelen részében, ott tehát, a hol a macularis rostok már a centrumban futnak, e két külön vált csoport a lateralis részen egyesül. Ez egyesülésnek helye némi változatosságot mutat. A keresztezett rostok helye mint önként következik a látóidegben a dorso medialis rész. A tractusban a keresztezetlen köteg nem élesen határolt s dorso centralisan fekszik, mig a keresztezett zárt köteg alakjában a ventralis peripherián foglal helyett.

Mindezen viszonyokról *Henschel* schemája jó felvilágositást nyújt. E schemát kissé szemlélhetőbbé téve az 1. és 2. ábrák tüntetik fel.

A mondottak után most már kétségtelen, hogy ha egyáltalán kimutathatók, hol kell az anatomikus elváltozásokat keresni. Tekintettel arra, a tabeses atrophia egy ideig egyoldali is lehet, hogy a két szem látás élessége között jelentékeny különbségek gyakran fordulnak elő, hogy a látótereknek soha sincs hemianopiás jellegük, mindez már eleve arra utal, hogy a főelváltozást a chiasmától a szemteke felé keressük, sőt a látóterek peripheriás szűkülete s centralis skotoma hiánya még azt is megjelölte, hogy a látóideg szélen futó rostjai a betegek.

Valóban meglepő, hogy az élőben megejtett vizsgálatok ilyen útmutatása ellenére is az irodalomban olyan kevés anatomikus vizsgálatot találunk. Mig a tabes dorsalisban elhalt betegek gerinczvelőjének állapotáról szóló adatok, igen számosak, addig az opticusokat csak igen kevés esetben vizsgálták meg, s ezek is nagyobbrészt értéktelenek, mivel majdnem kivétel nélkül teljesen megvakult egyénekre vonatkoznak.

Bár az opticusnak a gerinczagy betegségei kiséretében való bántalmazottságáról *Cruvelhiernek*[1] is volt tudomása, az első, ki a látóideg szürke degenerálását beható tanulmány tárgyává tette: *Leber*[2] volt. Még 1868-ban megjelent dolgozatában három olyan esetet közöl, melyekben a gerinczagy tabeses elváltozásával analog leleteket talált az opticusokban is. Mindhárom esetben az agyban is nagy kiterjedésü kóros folyamatok voltak, melyeknek tünetei már életben is megvoltak. Az egyik látóidegjeiben egyetlen ép rost sem volt található, a retina dúczsejt és rostrétege nagy fokban sorvadtak; a másikban a degeneratio a retina dúczsejt s rostrétegétől felfelé az opticusban, a chiasmában, sőt a tractusban is ki volt mutatható, mig a harmadikban a retina épnek látszott, a látóideg széli rostjaiban azonban a degeneratio jól felismerhető. Az elváltozás lényege azonos a gerinczagyéval.

Poncet,[3] *Westphal*[4] és *Jendrassik*[5] eseteiben az opticus atrophiája teljes volt.

Poncet betege már 10 éve teljesen vak volt, a retina dúczsejt és rostrétegét valamint az opticust atrophiásnak találta. *Jendrassik* esetében a 61 éves nő chiasmája teljesen atrophiás volt, csak a *Gudden*-féle commissura rostjai maradtak épek. *Westphal* esetében *Uthoff* egyszerü látóidegsorvadást talált, mely az opticus átmetszetére egyenletesen el volt osztva, ép rost nem maradt; a kötőszöveti váz nem volt jelentékenyen megvastagodva, a hézagokban az elsorvadt ideg-

[1] A tabes dorsalis tünetei a szemen. Orvosi Hetilap-Szemészet 1896. 2—3. sz.

[1] Vak nő látóidegei s tractusai, a corpora geniculata külső felei s a gerinczvelő hátsó kötegei egyidejüleg mutattak szürke degeneratiót. Anatomie pathologique IV. 21. (Leber után czitálva.)

[2] Beiträge zur Kenntniss der atrophischen Veränderungen des Sehnerven nebst Bemerkungen über die normale Structur der Nerven. Archiv für Ophthalmologie XIV. II. 164.

[3] Société de biologie 1882 15 Février. Althaus: Ueber die Sclerose des Rückenmarkes. Leipzig 1884. és Popow után czitálva.

[4] Ueber einen Fall von spinaler Erkrankung mit Erblindung und allgemeiner Paralyse. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. XV. 1884.

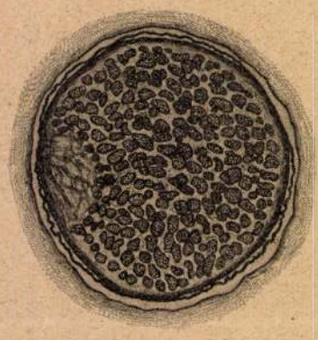
[5] A tabes dorsalis localisatiójáról. Orvosi Hetilap. 1888.

elemek egyenletesen foglaltak helyet. A halált paralysis tünetei előzték meg.

Valamivel több következtetést enged meg *Popow*[1] vizsgálata.

Az atrophia ugyan igen előrehaladott volt, de az mégis felismerhető maradt, hogy az elfajulás az ideg szem felé eső részéről az agy felé halad. *Popow* betegén is már életben paralysis tünetei mutatkoztak s mindkét szemén teljesen vak volt. Az opticus átmetszetén a még megtartott velős hüvelyű rostok az alsó medialis részen a szélen feküsznek, a szem felé fogynak, végül eltünnek, míg a chiasma hátsó részében és a tractusokban jelentékenyen nagyobb számúak. A megtartott kötegek a keresztezett rostok egy részének felelnek meg. Mindezen eseteknél sokkal fontosabb és tanulságosabb az *Uthoff*[2] által közölt lelet. 43 éves tabes dorsalis kifejezett tüneteiben szenvedő férfi jobb szemének látóterében teljes centralis visus mellett felül belül sectoralakú szűkülete volt. Ennek megfelelően a papilla alsó külső negyede kifejezetten atrophiás decoloratiót mutat. Bal szem látása teljes, szemfenék ép. Az anatomikus vizsgálat kiderítette, hogy a bal nervus optikus s mindkét tractus épek, úgyszintén a chiasma is, kivéve a jobb elülső részén található csekély atrophiát. A jobb látóidegben azonban egy a szélen fekvő egyszerű szürke degeneratióból álló rész volt. A hézagokat finoman szemcsézett és fibrillált tömegek töltik ki, a septumon a normalis elrendezést megtartották. A degenerált rész a bulbus mögött még majdnem ékalakú, a chiasma felé félholdalakúvá válik, de mindenütt a szélen marad. Az intracranialis részben ékalakot ölt s aláfelé tolódik. A chiasma jobb felének elülső részében még felismerhető, de azután eltünik. A köteg tehát spiralist ír le s főleg keresztezetlen rostokból áll.

Ilyen kevés adatból valóban lehetetlen messzemenő következtetéseket tenni. A kérdés tisztázását tehát saját vizsgálataim alapján kellett keresnem.



3. ábra.

4. ábra.

Az anyagot két esetben *Genersich* tanár úr, kettőben pedig *Schaffer Károly* magántanár úr volt szíves átengedni. Két beteg a *szent István-kórházban Dulácska* főorvos úr osztályán halt el, kettő pedig az *Erzsébet-szegényház Schaffer Károly* magántanár úr vezetése alatt álló idegbeteg-osztályán.

A nagybecsű s mint láttuk, ritka anyag átengedéséért fogadják a tanár urak e helyen is legőszintébb köszönetemet.

A vizsgálatokat a budapesti egyetemi szemklinika laboratoriumában végeztem.

A kapott idegrészeket *Müller*-féle folyadékban keményítve, a szokásos kezelés után celloidinba ágyazva metszettem s *Weigert* eljárása szerint festettem.

A vizsgált esetek a következők:

1. K. 50 éves férfi 24 éves korában szerzett syphilist. 8 év óta nehéz légzési rohamai voltak, 5 éve vizeletzavara, orrvérzése s járási nehézségei vannak. A *szent István-kórházban* való felvételkor endarteritisén, az aorta billentyűinek elégtelenségén s a diffus bronchitisén kivül a szűk és merev pupillák s a patellaris reflex hiánya a csökkent izomérzés, ataxia, Romberg-tünet, a vizeletnehézségek alapján a tabes dorsalis diagnosisát is felállították. Látászavarról nem panaszkodott, részletes szemvizsgálás nem történt. Halála előtt jobboldali pleuritise keletkezett. Ez adatokat *Dulácska* főorvos úr alorvosa: dr. *Körmöczi* collega úrnak köszönhetem.

Az 1895. deczember 15-dikén megejtett bonczolás jegyzőkönyvének diagnosisa a következő: Tabes dorsalis. Degeneratio grisea funiculorum Burdachi et Golli, atrophia radicum posteriorum extensa, nervorum olfactoriorum et oculomotoriorum. Endarteritis chronica deformans cum accretione et insufficientia valvularum semilunariarum aortae cum hypertrophia cordis sinistri. Hydrops, praecipue anasarca. Pleuritis serosoplastica dextra cum compressione pulmonum. Peribronchitis fibrosa partim caseosa in apicibus. Hypertrophia cordis dextri. Oedema pulmonum. Atrophia universalis.

Genersich tanár úr szivességéből a két szemet, a nervus optikusokat, chiasmát és tractust megkaptam.

Mint a *3. ábra* mutatja, a bal nervus optikus *széli* rostjaiban ékalakú sorvadás van, mely sorvadás a szemteke felé félholdalakúvá válik, a chiasma felé csökken, a tractusokban pedig többé nem ismerhető fel. A jobb nervus optikusban a sorvadásnak ilyen kétségen felül álló jele nincs, csak a legszélső kötegek a szokottnál ritkábbak.

2. F. M. 38 éves férfi szemeit még életben megvizsgálhattam. Lues nem volt kimutatható, lancináló fájdalmak mellett pupillái egyenlőtlenek, merevek, patellaris reflexek hiányoznak, Romberg-tünet, vizeletzavar.

Jobb szem látásélessége $^{3}/_{70}$, a balé $^{5}/_{20}$. Cornealis homályai vannak s astigmatikus fénytörése. Látóterei felül és felül kivül szükültek, színlátása jó. Szemtekéken kifejezett decoloratio papillarum. A beteg 1895-ben *Kétly Károly* tanár klinikáján is feküdt, később a *szent István-kórházban* nyert felvételt, hol meg is halt. Az 1896. február 1-én megejtett bonczolás jegyzőkönyvének diagnosisa: Degeneratio grisea funiculorum posteriorum medullae spinalis. Tuberculosis chronica apicis utriusque pulmonis, cum cavernis chronicis. Pyelitis chronica haemorrhagica. Degeneratio parenchymatosa renis. Cystitis dyphteritica vesicae urinariae cum haemorrhagia recente in cavum vesicae uriuariae. Endarteritis chronica deformans in stadio scleroseos. Tabes dorsalis.

A chiasmát *Genersich* tanár úr szivességéből megkaptam.

Mint a 4. ábra mutatja az optikus széli rostjai sorvadtak. E sorvadás még a tractusban is felismerhető.

3. M. G. 67 éves férfi 20 éves korában szerzett syphilist. 40 éves korában nyilaló fájdalmak jelentkeztek az alsó végtagokban. Rosszul hallott, koronként kettőset lát, anisocoria, a jobb pupilla tágabb, a bal igen szűk, Robertson-tünet; térdreflexek nem válthatók ki. Incontinentia urinae et alvi. A jobb térd gyermekfejnyi, fájdalmatlan, alig derékszögig hajlítható be; keresztcsont tájékán tenyérnyi decubitus. Látászavarról nem panaszkodott. Pontos szemvizsgálás nem is történt.

Az adatokért, valamint a chiasmáért *Schaffer Károly* magántanár úrnak tartozom köszönettel, kinek szegényházi idegosztályán a beteg 1896. évben elhalt. A látóidegekben (5. és 6. ábra), valamint a tractusokban a széli rostokra szoritkozó sorvadás látható.

4. A negyedik esetben szintén csupán a chiasmát kaphattam meg.

A betegről csak annyit tudhattam meg, hogy úgy életben, mint hullában a tabes dorsalis kifejezett tünetei voltak találhatók. A megkapott keresztezés pontos vizsgálata az előrehaladott rothadás miatt alig történhetett meg. Annyi azonban kétségtelen, hogy az egyik látóidegben egyetlen ép rost sem volt található, míg a másikban a sorvadás még alig hogy kezdődött.

Az eddig megvizsgált esetek már is nagy fontosságú következtetések megtételére jogositanak.

Mindenekelőtt azt kell hangsúlyoznom, hogy *mind a négy esetben a látóideg degenerálásának anatomicus bizonyítékát találtam.* Legértékesebb természetesen azon lelet, mely egy még

[1] Beitrag zur Kenntniss der Sehnervenveränderungen bei der Tabes dorsalis. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. IV. 1893.

[2] Archiv für Ophthalmologie, XXXII. IV., 131. oldal. Untersuchungen über den Einfluss des chronischen Alkoholismus auf das menschliche Organ czimű czikkben. Ez eset épen ezért igen kevéssé ismert.

életben pontosan megvizsgált tabeses betegre vonatkozik. (2.) Ugyancsak értékesek az 1. és 3. eset adatai is, melyek arról tesznek tanuságot, hogy bár a betegek életükben nem panaszkodtak látásromlásról, a látóideg széli részei mégis sorvadtak voltak. Erre különben meggyőző analogiát képez *Uthoff* azon közlése, hogy az általa megvizsgált s agysyphilisben szenvedett betegek közül három izben nem volt semmiféle látászavar sem s az anatomicus vizsgálat az opticusokban kifejezett kóros elváltozásokat mutatott. De ezen az incongruentián nincs mit csodálkoznunk. Hiszen az opticus széli részeinek egy zárt kötegű sorvadása csak kis sectoralakú peripheriás látótérszűkületet eredményez, ez pedig fel sem tünik a betegnek. Ime ez az oka, hogy különben éles megfigyelésű, de a szemvizsgálás módszereiben természetszerűen kevésbbé járatos neurologok, kiknek leggyakrabban van dolguk tabesben szenvedő betegekkel, az opticus résztvételét igen alacsonyra becsülik. Ha ugyanis a beteg azt erősíti, hogy jól lát s ha a centralis látás jóságáról olvasópróbával még talán meg is győződnek, részletesebb vizsgálatot nem tartanak szükségesnek s igy egy jellemző s döntő fontosságú tünet rejtve marad előttük. Pedig a peripheriás látótér-szűkületből s a látóidegfő jellegzetes decoloratiójából már ilyenkor joggal felvehetjük a degeneratio megindulását. Jól mondja *Panas*,[1] hogy a papilla, mely már csak tengelyfonalakból áll nagyon korán jelezheti a sorvadást. Mindezen viszonyokra már a mult alkalommal klinikai vizsgálataim alapján is reá mutathattam, de az anatomikus leleteken csekély számuk ellenére is nagyobb bizonyító erejük van, mint az aránytalanul nagyobb számú életben megejtett vizsgálatoknak.

Annak kideritésére, hogy a sorvadás melyik zonában kezdődik, három eset volt felhasználható, a negyedikben nem volt már egyetlen ép rost sem. Összhangban a talált látótérszűkületekkel, a degeneratio mind a három izben az ideg széli rostjain jelentkezik legelőbb. A mint az alkohol, a nicotin, az ólom, a diabetes a látóideg papillomacularis kötegeinek sorvadását eredményezi, épen úgy a tabes dorsalis kiséretében állandóan a széli rostokon kezdődik a megbetegedés.

5. ábra.

6. ábra.

Valamennyi esetem azon felvételt támogatja, hogy a degeneratio a szemteke felől az agy felé halad. Bár a descendáló irány első pillanatban könnyebben érthetőnek látszik, e feltevést mégis el kell ejtenünk. Első esetemben ugyanis a sorvadt rész a chiasma felé fogy, s a tractusban már fel sem lelhető. Hasonló viszonyokat tüntetnek fel Leber, Popow s különösen Uthoff esetei

Ilyen körülmények között ama gyanu merülhet fel, hogy a kiindulás talán a retina dúczsejtrétegében lehetne. Az opticus rostjainak histogenesise e lehetőséget nem zárja ki. Igaz ugyan, hogy *Mihalkovics*[2] és *Kölliker* centrifugál-fejlődést mutattak ki, s *Falchi*[3] szerint sem nőnek a látóideg rostjai a retina sejtjeiből, de *Müller*, *Froriep* és *Keibel* viszont centripetal fejlődés mellett érvelnek. Ilyen körülmények között a histogenesis a kérdés eldöntésére nem is használható fel. *Leber* és *Poncet* leletei azonban, melyek szerint a retina dúczsejt s rostrétegei sorvadtak voltak, e felfogást támogatják. Ugyancsak mellette szól *Wagenmann*[4] esete is, melyről már a mult alkalommal is megemlékeztem s melyben a retina velős hüvelyei a tabeses beteg észlelése közben estek szét s tüntek el.[5] Sajnos e nagy fontosságú kérdés eldöntésére vizsgálataim kétségtelen támpontot már azért sem nyujthatnak, mivel három izben csak a látóideg keresztezését kaphattam meg s csak egyetlen esetben a szemtekéket is. S épen ebben a sorvadás igen kis terjedelmű volt s szabad szemmel nem is volt felismerhető. Igy a retina *tervszerű* átvizsgálását utóbb már nem is eszközölhettem. E fontos kérdésre csak akkor fogunk válaszolhatni, ha a degeneratiót a szemtekétől egész a centrumig igen számos esetben követhettük.

Annyi azonban már eddig is valószinű, hogy a dúczsejtekben állandóan fogunk elváltozást találni s ez által az opticus atrophiájának megértésében hatalmas lépéssel juthatunk előre.

Végül azon analogiára kell utalnom, mely az opticus e sorvadása és a toxicus elváltozások között van. Az ólom, a nicotin, az alkohol stb. az opticusban a papillomacularis kötegekre gyakorolnak végzetes befolyást, a filixsav az egész ideg degenerálását eredményezi s ime, most egy elváltozással van dolgunk, mely az opticus széli rostjain jelentkezik. Önkéntelenül felmerül a gyanu, hogy itt is egy méreg játszik szerepet, egy méreg, mely egyidejűleg az agy s gerinczagy idegelemeit is megtámadja. Ilyen virus keresése a tabes dorsalis aetiologiájában már ez alapon is jogosult volna. S ime a társadalmi eloszlás, az anamnesis s a positiv tünetek mérlegelése oda vezetett, hogy *Strümpell* ma már joggal állithatja, miszerint a tabes dorsalis oka a syphilis, illetve annak a toxinja. Az opticus érzékenysége mérgekkel szemben eléggé ismeretes, érthető tehát, hogy mint agyrészlet, a tabes dorsalis tüneteinek székhelyei között olyan előkelő szerepet játszik.

A megejtett vizsgálatok ezek szerint, a felmerülhető kérdések eldöntésében s különösen az általam hangsúlyozott tételnek igazolására, miszerint az opticus degeneratiója a tabes dorsalis korai és állandó tünete, úgy reménylem, jelentékenyen hozzájárulnak, de el kell ismernem, hogy a kérdések egész sorozata még megoldásra vár. E körülményre annál is inkább reá kell mutatnom, hogy élesen elválaszszam azon tényeket, melyeket az eddigi vizsgálatok kétségtelenné tettek azon feltevésektől, melyek végleges tisztázására elég adattal még nem rendelkezem.

Ez utóbbiak között első sorban azon szerep megbirálása áll, melyet a retina dúczsejtjei a látóideg degenerálásban játszanak. Egy további kérdés, hogy a sorvadás mely rostokon halad végig legelőbb s hogy meddig követhető.

E kérdésekre már eleve mondható, hogy sok év után lehetőleg sok munkaerő válaszolhat, mivel a betegek életben való megvizsgálása után, az anatomiai vizsgálatot a szemtekétől az agyig kell megejteni. Az anyag gyűjtését ez irányban már is megkezdettem,[1] de az ügy érdekében állana, ha ez elhagyatott, de fontos eredményeket igérő téren a vizsgálatok folytatására többen is vállalkoznának. Ma az inductiv módszer az uralkodó, e módszerrel pedig csak úgy lehet nagy sikereket elérni, ha sok munkaerő czéltudatosan ugyanazon kérdés megoldására törekszik.

De még igy is nagyok a nehézségek, melyeket le kell küzdenünk. A tabesben szenvedő beteg, ki a szemklinikára látásának romlása miatt jön, rendesen eltünik szemeink elől, nagy ritkán évek multán a belső bajosok klinikáján találkozunk vele, innen tartalék-osztály hiányában a közkórházakba jut, s minthogy a várt gyógyulást itt sem érheti el, a szegény élő halott egyik helyről a másikra vándorol. Ilyen körülmények között ezen és hasonló tudományos kérdések megoldására az egész orvosi rend együttműködésére van szükség. Ez együttműködésre a kapcsolatot csak a tudomány önzetlen szeretete adhatja.

[1] Traité des maladies des yeux, Paris 1894.

[2] A központi idegrendszer és az érzékszervek morphologiája. 1892.

[3] Archiv für Ophthalmologie XXXIV., II. Ueber die Histogenese der Retina und des Nervus opticus.

[4] Schwund markhaltiger Nervenfasern in der Retina in Folge von genuin Sehnervenathrophie bei Tabes dorsalis. Archiv für Ophthalmologie. II., IV.

[5] Legújabban Usher és Dean állatok szemein a retina meghatározott s szemtükörrel ellenőrizett helyeit Graefe-késsel s galvanocautherrel sértették. A megvizsgált látóidegben megfelelő helyeken degeneratiót találtak. Ophthalmological Society of the United Kingdom. 1896. julius 3. Centralblatt für Augenheilkunde 1896. deczember.

[1] Genersich tanár és Schaffer magántanár urak újabban két eset látószerveit voltak szivesek átengedni.

A cornea daganatai.

Irta: *Blaskovics Fridolin* dr., szemklinikai tanársegéd.

Ismereteink a cornea daganatairól még igen hézagosak. Az egyes észlelések az irodalomban szétszórtan találhatók, összefoglaló munkák csak rövid fejezetekben számolnak be róluk. A régi kézikönyvekben már csak azért sem kaphatunk e tárgyról kielégítő képet, mert a legtöbb észlelés újabb keletű, a mi összeesik a kórszövettannak a klinikusok által mindjobban történő felkarolásával. Újabb monographiák is, a szem daganatairól, ezen részt hanyagolják el leginkább. Az újabb kézikönyvekben pedig nem találjuk az egész irodalom feldolgozását, s az esetek összefoglalásában a kellő kritikát. Csak példákul akarom felhozni *Panas* kitünö kézikönyvét,[1] melyben elég sok észlelés van összegyüjtve s egyszerüen egymás mellé sorolva minden összefoglalás nélkül; továbbá *Lubarsch* és *Ostertag*[2] nagy gyüjtő munkáját, melyben a szem daganatainak kórszövettanát *Axenfeld* állitotta össze. E munkában többet találunk, de éppen a cornea daganatairól keveset, s azt is együtt tárgyalva a conjunctiva és szemhéjak daganataival, úgy hogy tiszta képet tárgyunkról alig kaphatunk.

Azt hiszem tehát, hogy nem végeztem teljesen felesleges munkát, midőn az egyetemi szemklinikán észlelt granuloma corneae egy esetének részletesebb leirása mellett arra vállalkoztam, hogy felkutatva az egész rendelkezésemre álló irodalmat, iparkodtam lehetőleg minden, a cornea daganataira vonatkozó közlést összeszedni és ezen tárgyra vonatkozó ismereteinknek lehetőleg teljes összefoglalását adni.

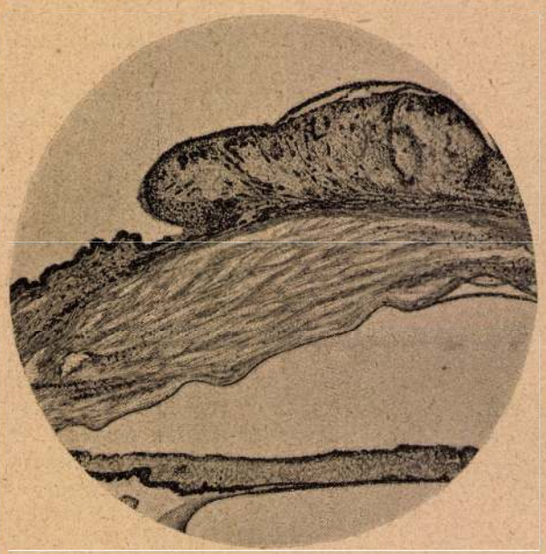
A granuloma corneae nagy ritkasága mellett (mindössze 2 esetről találunk bővebb feljegyzéseket) minden eset hozzájárulhat ismereteink tisztázására.

A szemklinikán észlelt eset.

R. Z.-né, 25 éves nőbeteg 1894. decz. 4-én jelentkezett a szemklinikán és elmondja, hogy már gyermekkorától fogva többször ismétlődő, erős fénykerüléssel járó szemgyuladásai voltak. 8 éves korában jobb szeme sérült, mely után nagy fehér folt maradt vissza szeme közepén. 4 év előtt vett észre ezen folt közepén, kis lencsényi veres foltot, mely azóta folyton növekszik.

Jelen állapot. A jobb felső szemhéj előre boltosul, szemrés zárása kissé megnehezitett. A tarsalis conjunctiva duzzadt, belövelt; a bulbaris conjunctiván vastag, kanyargós erek húzódnak a cornea széléhez. A cornea legnagyobb részét 10—11 mm. átmérőjű, 1 mm.-nyire kiemelkedő, halvány sárgás-vörös, domború, sima, enyhén dudorzatos, alapja felé kissé keskenyedő, körülírt, lágytapintatú daganat foglalja el, melynek szélei körüskörül legalább 1 mm. távolságban vannak a limbustól. A conjunctiva emlitett erei a daganat alapjáig követhetők. A cornea széli részein keresztül az iris áttünik. A szem többi részét látni nem lehet. — Tárgylátás nincs. Fényérzés 3 m.-ről, projectio szük. Bal szem conjunctivája halvány, a corneán több, felszines, csillogó homály. M 5·0 D. v = $^{5}/_{15}$.

Ezekből a valószinü diagnosist tumor corneae-re tettük,



1. ábra.

Granuloma corneae. Metszet a daganat külső feléből. (Reich. Obj. 1 *A*) Oc. 1.)

2. ábra.

Granuloma corneae. Metszet a daganat belső feléből. (Reich. Obj. 1 *A*) Oc. 1.)

minthogy a fényérzés jelenléte egy áttört intraocularis daganat létezését kizárni engedte. Egy nagyobb prolapsus iridis-ből eredő sarjadzást kizárni ugyan nem lehetett, de ez az anamnesis alapján kevésbbé volt valószinü. A daganat természetéről bizonyosságot szerzendő, kis darabnak lemetszését ajánlottuk kórszövettani vizsgálás czéljából. Beteg azonban cosmetikus szempontból a szemteke eltávolitását kérte, mi decz. 8-án cocain-érzéstelenités mellett meg is történt. Gyógyulás menetele rendes, decz. 14-én tiszta szemüreggel hagyta el a klinikát.

Az enucleált szemteke sagittalis átmérője a daganattal együtt 26 mm., ebből a daganatra 1 mm. esik; függélyes és haránt-átmérő $23^{1}/_{2}$ mm. A szemtekét kórszövettani vizsgálatnak vetettük alá. A corneán és conjunctiván kivül a szemtekén csak a kisfokú myopiának megfelelő elváltozások láthatók. A daganatnak tuberculosis bacillus-ra és coccusokra számos metszeten történt vizsgálata negativ eredményt adott.

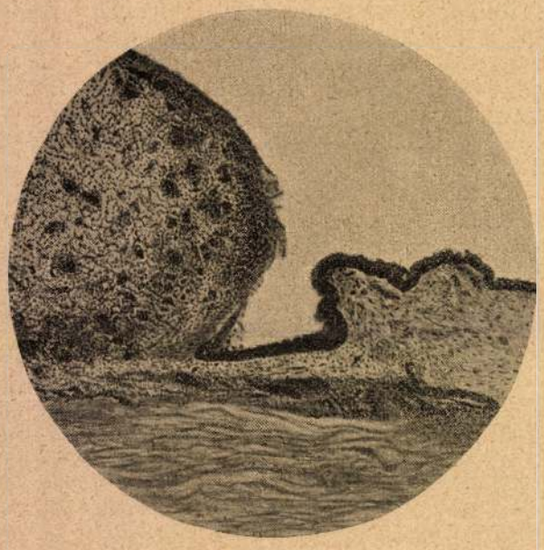
A bulbaris conjunctiva hámja megvastagodott, különösen a limbus közelében. A felszines hámsejtek hydropikus degeneratiót mutatnak. A subconjunctivalis kötőszövetben számos tágult és vastagfalú véredény húzódik a cornea széle felé. Számos kivándorlott fehér vérsejt látható különösen a véredények körül. A cornea felszines rétegei hiányoznak, külö-

[1] *Panas.* Traité des maladies des yeux. 1894.

[2] Ergebnisse d. spez. pathol. Morphologie und Physiologie d. Sinnesorgane. Kiadták: *Lubarsch* és *Ostertag.* 1896.

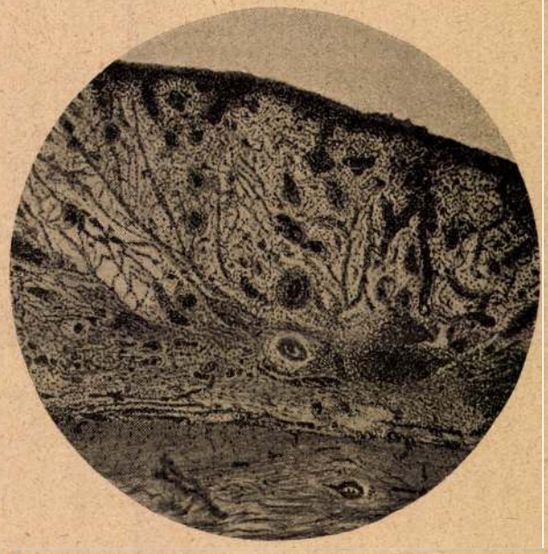
nösen a cornea középső harmadában, a hol a cornea vastagságának csak fele van meg. A cornea mélyebb rétegei alig mutatnak egyéb elváltozást, mint hogy a lemezek lazább összefüggésűek. A Descemet-hártya és az endothel épek. A corneának a daganat felé eső része kerek sejtekkel bőségesen infiltrált. Számos véredény húzódik a conjunctiváról a cornea felszinére, ezek falaiban és körülöttük különösen sűrű a sejtes infiltratio. A Bowmann-hártya a daganat egész terjedelmében hiányzik. A conjunctiváról a vastagodott hám a corneára húzódik egész a daganat alapjáig. Itt a hám hirtelen elkeskenyedik, s a daganatra a hámnak csak 1—2 rétege húzódik, mely hámréteg több helyen megszakított. A hámsejtek itt laposak.

A daganatot minden metszeten $\frac{1}{2}$ legalább 1 mm. széles cornearész veszi körül, melynek hámja alatt és felszines rétegeiben haladó véredények a daganatba térnek és ott bő edényhálózatot alkotnak. A vastagabb falú edények falaiban s körülöttük sok, sürün álló kis, kerek sejt. A daganatot, főképen az alapjáról a peripheria felé haladó irányban, kötegek és hajszáledények szelik át, melyek tág közű hálózatot képeznek. A hálózat közeiben alkat nélküli alapanyagba ágyazott kis, kerek sejtek foglalnak helyet, melyeknek magvai több helyen oszlófélben vannak. A kerek sejtek elrendezése nem egyenletes. Különösen számosak a véredények körül és a daganat felszinén.



3. ábra.

Granuloma corneae. Részlet a daganat széléből. (Reich. Obj. 3. Oc. 1.)



4. ábra.

Granuloma corneae. Részlet a daganat közepéből. (Reich. Obj. 3. Oc. 1.)

Ezekből látható, hogy esetünkben *csupán a corneára szorítkozó typikus granuloma* volt jelen, mely az egyes helyeken félvastagságában elpusztult cornea felszinén képződött.

A daganat létrejöttének magyarázása már nem ilyen egyszerű. Az anamnesis és a másik szem állapota arra mutatnak, hogy a betegnél phlyctaenás megbetegedések mehettek előre. A beteg traumát is említ, melyből corneális fekély keletkezhetett. Hogy ilyen tényleg jelen is volt, mutatja a Bowmann-hártya és az elülső corneális rétegek hiánya. Egyszerű lenne a granuloma keletkezésének megoldása, ha úgy foghatnók fel, hogy az a fekély reparatiós stadiumában keletkezett, úgy mint az elhegedésre hajlamot nem mutató sebgranulatiók általában. Nehezen érthetjük azonban ezt akkor, a midőn a daganatképződés 13 évvel a fekély keletkezése után jött létre.

A bacteriumokra való vizsgálás az eset értelmezéséhez támpontot nem nyujtott. Nem maradhat tehát egyéb, mint hogy felvegyük, hogy utólagos pannusos eruptióból jött létre a granuloma. Vajjon ez magából a pannusból keletkezett-e a lymphsejteknek körülírt helyen való túlságos felhalmozódásából, vagy pedig a pannusból esetleg keletkezett fekélyből, azt az adott körülmények között el nem dönthetjük.

***

Az irodalomban csak kevés corneális daganatra vonatkozó észlelést találunk feljegyezve. Ezek alatt csak a *corneából magából kiinduló* daganatokra vonatkozó közléseket értjük, mert a *szomszéd szövetekről* a corneára terjedő daganatok nem tartoznak a nagy ritkaságok közé és ezekről sok és kimeritő közleményt találhatunk.

Nyilvánvaló, hogy a „cornea daganatai" alatt szorosabb értelemben csak az előbbieket — az ú. n. primaereket — érthetjük s igy közleményem feladata, főképpen ezekkel foglalkozni. A corneára ráterjedő daganatokról tehát itt nem lesz bővebben szó, csak a teljesség okáért említem meg azokat is.

A corneára leggyakrabban a *conjunctiva* daganatai terjednek. Ilyenek: a papilloma, sarcoma, epithelioma és a dermoid. Ezen daganatok legtöbbször a limbus cunjunctivaeről indulnak ki, nem ritkán azonban a bulbaris conjunctiván, a limbustól kisebb távolságban veszik eredetüket. Úgy látszik, mintha ezen daganatok könnyebben terjednének a corneán, mint a conjunctiván, úgy hogy igen sokszor nagyobb területet foglalnak el az előbbin. Ennek tulajdonitható, hogy oly sok conjunctiválisis eredetű daganatot találunk, mint a cornea daganatát leirva.

A corneára terjedhetnek az *intraocularis daganatok* is, ha a szemteke burkait áttörik. Ilyenek lehetnek a glioma retinae és a sarcoma uveae. Az áttörés helye ritkán maga a cornea, hanem rendesen valamely a sclerán áthaladó véredény vagy ideg. Az ezek menten áthatoló daganat a corneára leginkább akkor jut, ha az áttörés helye a cornea közelében, a limbus tájékán van. Néha a felszinen gyorsan terjedő daganat a cornea és sclera nagy területét fedheti s maguk e hártyák alig mutatnak elváltozást, úgy hogy az ilyen daganat epibulbaris eredetűnek és igy a conjunctiváról a corneára terjedőnek tünhetik fel.[1]

Míg a corneára reáterjedő daganatok elég gyakran észlel-

[1] Szép példa erre a szemklinikán észlelt és *Grósz Emil* által leirt eset (Szemészet, 1895., 5. szám), melynél diónyi daganat ült a cunjunctiván és a cornea $^2/_3$ részén. Intraocularis eredetre csak a fényérzés teljes hiánya vallott. A szemteke felmetszésekor a bulbust teljesen kitöltő daganat volt látható; a sclera makroskopice épnek mutatkozott. Mikroskóp alatt az áthatolás helye az elülső ciliaris erek mentén volt felismerhető.

hetők, addig a cornea primaer daganatai a legnagyobb ritkaságok közé tartoznak. Ezeknek is legnagyobb része evidenter gyuladásos eredetű, úgy hogy sok szerző a szorosabb értelemben vett corneális újképletek létezését tagadja.

Az alább felsorolt észlelések között nem csak a tulajdonképeni neoplasmák foglalnak helyet, hanem a tágabb értelemben vett gyuladásos eredetű daganatok, illetőleg hyperplasiák is. Természetesen csak azon eseteket vettem fel, a melyeknél a daganat a limbus conj.-val összefüggést nem mutatott. Igaz, hogy lehetséges valamely daganatnak a corneáról a conjunctivára ráterjedése is (a mire példát is fogunk találni), de a fordított eshetőség aránytalanul nagyobb gyakorisága mellett, az ilyen eseteket mint cornealis daganatot nem értékesithetjük, még ha az illető szerző annak tartotta is.

I. Granuloma.

A corneán székelő granulomát találunk *Pagenstecher* és *Gent*[1] atlaszában. A kevés magyarázó szövegből csak azt tudjuk meg, hogy a daganat lencsényi volt, rövid nyélen a cornea közepén foglalt helyet. A daganat radialis irányú, a peripherián anastomizáló véredényekből és főtömegében kis, kerek sejtekből áll. A daganat váza nem látható.

E. Bock[2] keratitis parenchymatosa 92 esetéről ir, melyek közül kettőben granulomaképződést látott a corneán. Ezen granulomák lassanként visszafejlődtek és sűrű homályt hagytak vissza. Ugyanezen szerző egy későbbi czikkében[3] bővebb leirását is adja egy újabb ilyen esetének: a 13 éves fiúbeteg jobb szemén keratitis parenchymatosát állott ki, bal szeme két hónapja gyuladt, a daganat négy hete fejlődik. Lues congenita. A borús, szurkált felszinű, parenchymásan edényzett cornea közepén három milliméter átmérőjű daganat volt, mely két hét alatt borsónyivá és lefűződővé vált. A lemetszett daganat mikroskop alatt sebgranulatio képét adta, de vörös vérsejtek hiányoztak belőle (?). A daganat nyele egyrétegű hámmal fedett, benne egyes orsóalakú sejtek is voltak. A szerző véleménye szerint a daganat a lymphsejteknek túlságos szaporodásából körülirt helyen keletkezett, s miután lassanként áttörte az előtte levő rétegeket, akadálytalanul növekedhetett.

Raabe[4] granuloma keletkezését irja le hypopyon-keratitis után, melyet igen erélyesen kezeltek chlórviz és pyoktaninporral. A corneán gombaalakú, rózsaszinű daganat képződött a fekély helyén.

A gombaalakú daganat a mikroskop alatt véredénydús, közönséges granulatiós gombnak bizonyult.

Az ismertetett esetek alapján, hozzávéve a szemklinikán észlelt esetet is, annyit mondhatunk, hogy mig a conjunctiván a granulomák igen gyakoriak, addig a corneán csak kivételesen képződnek. Keletkezésük lehet olyan, mint a rendes sebgranulatióké, de kapcsolódhatik a cornea olyan gyuladásaihoz is, melyeknél a cornea ereződése mellett körülirt helyen nagyobb mennyiségű fehér vérsejt kivándorlása történik. Spontán visszafejlődésük lehetséges, kiirtás után az eddigi esetek simán gyógyultak.

II. Fibroma. Fibromyxoma. Fibroma lipomatodes.

A cornea daganatai közül a fibromáról találunk legtöbb (8) közlést. Ezek közül két esetben nem előzte meg a tumorképződést gyuladás.

1. *Falchi*[5] esetében 28 éves férfi bal szemén 9—10 év óta fejlődik a daganat, mely lencsénél nagyobb, függélyesen ovális, halvány rózsaszinű, sima felszinű volt s sok edény húzódott a conjunctivából hozzá. A daganat a kissé borús és ectatikus corneán excentrikusan feküdt, de közte és a conjunctiva között corneális szegély még maradt. Miskroskop alatt a felszinen többrétegű, nyákosan elfajult hám, alatta rostkötegek voltak láthatók. A rostok a felszin közelében vizszintesen, a mélyben radiálisan vannak elrendezve, köztük orsóalakú sejtek és kevés véredény van.

2. *Benson*[1] három év alatt minden izgalom nélkül keletkezett daganatot ir le. A 19 éves leány corneáján, a középen lencsényi, fehér, sima felszinű, leukoma kinézésű daganat ül. Mikroskop alatt a cornea rostjai és sejtjeihez hasonló szövetet talált. A kiirtás után a daganat kiujult.

A következő három esetben a fibroma képződését *gyuladás előzte meg.*

3. *Quaglino és Guaita*[2] 48 éves, marantikus férfibeteg külső-alsó cornea negyedén tengeriszem nagyságú, gömbölyű, sima, tömött, gyöngyházszerűen fehér daganatot találtak. Lefejtés után három hónappal a daganat recidivált s hasonló nagyságot ért el.

Mindkét lefejtett daganat véredénynyel nem birt, s a cornealis rostokhoz hasonló, egymást átfonó kötőszövetes kötegek- és orsóalakú sejtekből állott. A felszinen többrétegű hám; a Bowmann-hártya teljesen hiányzott. Valószinű, hogy a daganat szarúhártya-fekélyből keletkezett.

4. *Story és Scott*[3] esetében 20 éves férfi corneáján volt a 4 és 6 mm. átmérőjű daganat, mely sárgás-fehér szinű, zsirdaganathoz hasonló. A szemen trachoma volt, pannus-val a cornea szélén. Mikroskop alatt szabálytalan rostokból állónak bizonyult a daganat.

5. A hegszövetből képződő fibromának kimerítő leirását adja *Silex.*[4]

A 13 éves fiú bal szemén, a beteg 4 éves korában hosszas gyuladás folyt le, mely leukoma-képződésre vezetett. Nemsokára kis daganat keletkezett, mely igen lassan nőtt. A heges cornea közepén halvány, rózsaszinű, sima, el nem tolható daganat ül, melynek kiterjedése 8 és 4—5 mm., magassága 4 mm. A daganat cicatrix adhaerens felett foglal helyet, körülötte a cornea hámja ép, a Bowmann-hártya megvan. A daganat a rendesnél többrétegű hámmal fedett, sőt hámcsapok is vannak. A daganat maga rendetlenül lefutó rostkötegekből, köztük leukocytákként felismerhető kis, kerek sejtekből áll. A daganatban kevés véredény található. Enucleatio történt.

Következik két eset, melyekben a fibroma szövete *myxomatosus elfajulást* mutatott, ezek is gyuladásos eredetűek voltak.

6. *Benson*[5] régóta glaucomás szemű férfi corneája közepén keletkezett daganatról ir, melyet a beteg traumából származtatott. A daganat kötőszöveti elemekből és kevés véredényből állott.

7. *Simon*[6] igen részletesen közölt esetéből kiemelhetjük a következőket: $3^1/_2$ év előtt mész esett a férfibeteg jobb szemébe, a mitől súlyos cornea-fekély keletkezett, melyet háromszor cauterizáltak, s egyszer keratotomiát is végeztek a szemen. Majdnem az egész cornea elgenyedt s azután elhegedt, de a fájdalmak miatt enucleálni kellett. A szem kissé izgatott, a corneán 9 mm. átmérőjű, fehér, tömött, sima felszinű, kúpszerűen kiemelkedő daganat van, mely kivül majdnem a limbusig ér. A daganat felső része erezett. A histologikus vizsgálat kimutatta, hogy a conjunctiva és sclera ép, a cornea külső rétegei infiltráltak, a Bowmann-hártya részben megvan.

A daganatot túltengett hám fedi, egyes hámcsapok is találhatók. A daganat főtömegében kötőszövetes rostokból áll, számos orsóalakú sejten kivül kerek sejtek is vannak, kü-

[1] Atlas der pathologischen Anatomie des Augapfels. 1875, XII., 1., 2.
[2] Ueber Uveitis anterior. Allg. Wiener mediz. Zeitung. 1883. 40—43. sz.
[3] E. Bock. Allg. Wiener mediz. Zeitung. 1892., 22. sz.
[4] Beiträge z. path. Anatomie d. äusseren Augenerkrankungen. Inaug.-Dissert. Marburg. 1893.
[5] Fibroma della cornea. Atti della R. Acad. di med. di Torino. VI. kötet, 99. oldal.

[1] Fibroma of cornea. The Ophthalmic Review. 1887. Jan.
[2] Annali di Ottalmologia. 1879. II. füzet.
[3] The Ophthalmic Review. 1888. Julius.
[4] Narbenfibrom der Cornea. Klin. Monatbl. f. Augenhk. 1888. 321. old.
[5] Trans. of the Ophthalm. Soc. 1890. X. 80. old.
[6] Ein Fall von cornealen Neubildungen. Centralblatt f. prakt. Augenhk. 1892. Julius.

lönösen az edények körül. A daganat közepén sűrű kötőszövetes kötegek; külső részén egyes, átlátszó anyaggal kitöltött ürök vannak, itt kevés a sejt, véredény egyáltalán nincsen. A daganat belső részén rostok alig találhatók, egynemű alapanyagban orsó- és csillagalakú sejtek vannak itt, melyek számos nyúlványnyal birnak. A daganat ezen része edényzett. A két rész között az átmenet fokozatos. A cornea egyéb részein különösebb elváltozás nincsen. Egy helyen a Descemet-hártya is hiányos. Oclusio pupillae. Itt tehát a heg hyperplasiájából keletkezett fibroma myxomás elfajulással van jelen. Az elfajulást szerző a vérkeringés zavaraiból magyarázza.

Csak mellékesen említhetjük *Zirm*[1] esetét, melyben a szerző által sem daganatnak tartott gyuladásos sejtszaporulat mutatkozott az egyébként egészséges leány corneáján. A lemetszett, lencsényi terjedelmű, egy mm.-nyire kiemelkedő képlet túltengett és hyalin-degeneratiót mutató hámból, alatta rostos szövetből állott. Szerző szerint valószínűleg a szövetek oedemája, hyalin-elfajulás által okozva, volt jelen s a képletet chronikus gyuladás eredményének tartja.

8. Különös figyelmet érdemel azonban a *Hirschberg*[2] által *fibroma lipomatodes* neve alatt leírt eset, mert itt kétségtelenül, valódi cornealis új képlettel van dolgunk. Első izben 1867-ben *Graefe* mutatta be ugyanezen beteget a „Berliner mediz. Gesellschaft"-ban. A 30 éves férfibetegnek 8 éves kora óta vannak daganatai a bőrén és a szemein, melyek *Graefe* bemutatása óta szám és terjedelemben nőttek. A jobb, tisztán a corneára szorítkozó daganatot az első bemutató exstirpálta s azóta recidivált. *Hirschberg* által történt második bemutatás alkalmával a testbőrén — különösen a hajlatokban — számos 8—12 mm. átmérőjű, vörös-barna, egyes helyeken összefolyó, lapos, lágy kiemelkedések vannak. A jobb szemen a corneát és a sclera egy részét fedő, diónyi, dudoros, sárga daganat van. A bal corneán felül, 2 sárgás-fehér összefolyt, alul több apró daganatocska van. *Virchow*-nak annak idején tett histologikus vizsgálata alapján a bőrbaj xanthelasma multiplex-nak bizonyult. Az első izben kiirtott daganat *Graefe* vizsgálata szerint kevés granulatiós sejtből és sok, nagy magvú, ágazatos sejtből állott, a daganat alapján zsírsejt-fészkek voltak. A később *Hirschberg* által enucleált jobb szemen a cornea a tumorba olvadt, csak belül található kis fennmaradt részlet belőle. A daganat az infiltrált iris-vel összenőtt, occlusio pupillae. A daganat, melyet vékony, fibrosus hártya határol, igen sejtdús; sarcomához hasonló képet ad: különböző alakú és nagyságú sejtek rostos sejtközti anyagba ágyazva. Diffus zsíros beszűrődés van jelen a felszinen, mely befelé ritkul. A zsírszemcsék durvák, egyes helyeken összefolyó zsírszemcsékből összetett zsírgömbök vannak. A daganat tehát hasonló szerkezetű, mint a bőr daganatai.

Az elmondott esetekből — melyeknek egy-egy typusát bővebben ismertettem — kitünik, hogy a corneális fibromák legnagyobb része az ú. n. heg-keloidok csoportjába tartoznak. 3 esetben kiterjedt hegesedések voltak a corneán; 1 esetben régi glaucoma, 1 másikban trachomás pannus volt jelen a daganat képződése előtt. 3 esetben minden gyuladásos izgalom nélkül keletkezett a daganat, de ezek közül is csak a *Graefe-Hirschberg* félét tarthatjuk föltétlen bizonyossággal valódi neoplasmának. *Falchi* esetében ugyanis a cornea borús és ectatikus volta, *Benson* (2. sz.) esetében pedig a daganat leukomaszerű kinézése előre ment gyuladás gyanuját ébresztheti, bár az az anamnesisből nem tünik ki.

Az egyes esetekben a fibromának fejlődési ideje évekig tartott, a minek magyarázata a daganatok vérszegénységében rejlhetik. Az egyének kora különböző, de többnyire fiatal betegeken észlelték a bajt.

A fibromák nagysága legtöbbször lencsényi egész borsónyi volt, rendszerint laposan ülnek a corneán, sima felszinűek, tömöttek, fehér vagy gyenge rózsaszinűek voltak. Szöveti szerkezetük rendszerint sok kötőszöveti rost és kevés sejtből állott, a felszinen túltengett hámmal. *Silex* és *Graefe-Hirschberg* eseteiben a daganatok sejtdúsak és sarcomához igen hasonlóak voltak. Érdekes a *Simon* által említett myxomás elfajulás. *Köster*[1] felfogása szerint ugyanis az ú. n. nyák-szövet nem egyéb, mint oedemás kötőszövet. Az oedema keletkezésére egyedül a daganat polyp-alakja is elegendő, nyeletlen daganatoknál a környező szövetek helyzete és feszülése okozhat pangásos oedemát.

Az esetek legnagyobb számában csak a daganatnak egyszerű kiirtása történt, három esetben kiújulás fordult elő. Két esetben fájdalmak miatt enucleatiót végeztek. Érdekes a *Graefe-Hirschberg*-féle eset, melyben a kiújult fibroma majd az egész corneát pusztította el és a conjunctivára is ráterjedt. Minthogy ezen esetben a daganat első izben csupán a corneán székelt, annak eredetére nézve kétség nem állhat fenn.

III. *Myxoma.*

Ezen név alatt csak két esetet találunk az irodalomban. *Adler*[2] közlésében a 19 éves férfi jobb szemén állitólag 12 év óta változatlanul áll fenn a daganat; a szemen sem gyuladás, sem fájdalmasság nem volt soha. A szem halvány; a cornea közepén tömöttt, hyalin-szerű, szürkés-fehér, erezett 2‴-nyi átmérőjű, kerekded, három lebenyre osztott, elkeskenyedő alappal biró daganat van, mely edényeit a conjunctivából kapja. A kórszövettani vizsgálatot *Wedl* végezte, ki a kiirtott daganaton a következőket találta: A corneából a daganatba tágult erek húzódnak, melyek itt elágazódnak. A daganat kötőszövetes szerkezetű, bőséges epithellel fedve. A kötőszövetben kis cystaszerű ürök vannak. Az egész kötőszövetes burjánzásnak imponál, mely inkább embryonális stadiumban maradt és a conjunctiva vékony corium-rétegéből (?!) eredt, melybe véredények nőttek.

Bővebben kell foglalkoznunk *Mitvalsky*[3] esetével, melyben a 26 éves nőbeteg bal szemén gyermekkorában scrophulás keratitist állott ki, mely részleges staphyloma képződésére vezetett. Tíz év előtt staphyloma-lemetszés és cauterizálás történt. Három hó óta növekszik az eleinte borsónyi daganat. A lelapult szemtekén az áttetsző corneaszél erezett. Középen cseresznye-nagyságú, vöröses, 4 mm. vastag nyélen ülő, igen lágy, ruganyos, sima, erősen erezett, körte alakú, lelógó, lebenyes daganat van, mely a szemrés erősebb csukásánál megduzzad. Ilyen megduzzadás néha spontán is bekövetkezik, miközben a daganat sötét-vörös színű lesz. Ezen állapot nehány napig tart, mig egy helyen megpattan a daganat egyik cystaszerű üregе, folyadék távozik el s a daganat újból előbbi lágy, lelógó állapotába tér vissza. A histologikus vizsgálat az enucleált szemtekén kimutatta, hogy a retina, chorioidea és sclera chron. hyperplastikus gyuladás képét adták.

Lencse zsugorodott, iris a corneához nőtt; a Descemet-hártya egy területen hiányzik, mely fölött a daganat egy része fekszik, a daganat másik része alatt még a Bowmann-hártya is megvan. A daganat túltengett hámmal fedett, s több, részben összefolyó üreggel bir, melyek közül kettő megrepedt. A daganat nyákos szövetből áll, ruganyos rostok benne nem találhatók. A főtömeget csillag, orsó, bi- és multipolaris sejtek képezik finoman szemcsézett alapanyagban. Sok véredény, infiltrált falakkal és kilépett oszlásban lévő lymphsejtek találhatók mindenfelé. Az egyes üröket véredények nem szelik át, hanem körülöttük csoportosulnak. Az üröknek külön fala nincs, hanem vagy hydropikusan elfajult szövettel határoltak, vagy a szomszédos részek összenyomásából származó és fibrinexsudatumból álló, vagy rostos szerkezetű fallal birnak, a szerint a mint az üregek frissebbek vagy régiek. Az ürök tartalma coagulált fehérnye. Szerző a daganatot „myxome polypeux kystique" névvel jelöli és

[1] Eine eigenthümliche oberflächliche Neubildung der Cornea. Archiv f. Ophthalm. 1891. III.

[2] Ein Fall v. Hornhauttumor nebst multipl. Hautgeschwülsten von gleicher Structur. Archiv f. Augen- u. Ohrenhk. 1874. I.

[1] Ueber Myxom. Sitzungsberichte d. niederrheinischen Gesellschaft für Natur- u. Heilkunde in Bonn. 1881. Jan. 17 (*Simon* czikkében idézve).

[2] Myxom mit cystenartigen Hohlräumen auf d. Cornea. Wiener mediz. Wochenschrift. 1871. 11. szám.

[3] Sur les myxomes de la cornée. Archives d'ophthalm. 1894. augusztus.

primaer daganatnak tartja, mert a corneán levő heg excentrikusan feküdt a daganat alapján.

Úgy látszik ezen csoportba kell számítanunk *Pagenstecher* és *Gent*[1] atlaszában a „multiple Tumoren auf der Cornea“ neve alatt felvett daganatot. A rövid szövegezésből megtudjuk, hogy a glaucomában tönkrement staphylomás szemteke corneáján több, kölesnyi, kendermagnyi daganat ült, melyek a cornea felszines rétegeit foglalják el. A granulált alapanyagban csillagalakú, egymással anastomizáló sejtek vannak, melyek egyes ürökben fekszenek. A cornea epithelje egy darabon a daganatra folytatódik.

Ezen kevés számú közlemény közül is *Adler* esetét nem tarthatjuk döntőnek azon kérdésre nézve, hogy léteznek-e a corneán szorosabb értelemben vett myxomák. Igaz ugyan, hogy az anamnesis szerint gyuladás nem előzte meg a daganat képződését, de a *Wedl* nyujtotta igen rövid leírás — helyesebben vélemény — nem engedi meg, hogy a daganat szerkezetét pontosabban megismerve, felette itéletet mondhassunk. Kérdés tehát, hogy joggal nevezhetjük-e myxomának „a kötőszövetes burjánzásnak imponáló, inkább embryonális stadiumban maradt“ daganatot, mint azt *Adler* teszi.

Kár, hogy ezen esetről pontosabb leírást nem kapunk, mert *Mitvalsky* esetében viszont a daganatnak nem gyuladásos eredete kétséges. Nem tarthatjuk ugyanis erre elég nyomós oknak azon körülményt, hogy a staphyloma lemetszés után keletkezett heg nem a daganat centrumában feküdt, a mi szerzőnek főérve a daganatnak nem gyuladásos eredete mellett, mert ebből azt következteti, hogy a daganat kiindulási helye csak a mellette fekvő aránylag ép cornea-részlet lehetett, a milyen a daganat alapjának közepe alatt található. Szerinte a heg, melyre a daganat később terjedt rá, csak annak növésére folyt be. Bármint áll is a dolog, a staphylomás és egyébként is súlyos elváltozásokat mutató szemen keletkezett daganat eredetére nézve közelebb áll azt ezen gyuladásos elváltozásokból származtatni, ha csak egy helyen is összefüggést mutat az ott levő heggel. Hiszen ha a daganat innen indult ki, akkor is ráterjedhetett s talán gyorsabban is fejlődhetett az aránylag ép cornea fölött, mint heges részlet irányában.

Ismerve *Simon* esetét, melynél még a széles alappal biró daganatnál is, a *Köster*-féle felfogás szerint pangásból származó, myxomás elfajulás jöhetett létre a nyilvánvalóan gyuladásos eredetű heg-keloid egy részében, mennyivel inkább állhatott az elő *Mitvalsky* esetében, a hol a vérkeringés akadályozottságának sokkal kifejezettebb tüneteit találjuk (cystaszerű üregek, a daganat időnkénti megduzzadása és kivörösödése) és a pangás okát a daganat keskeny nyelében s annak a szemrésbe szorulásában kézzelfoghatóan megkapjuk.

A *Pagenstecher-Gent* atlasz ábrájáról eleget nem tudunk meg arra, hogy a daganat természetéről — különösen mikor a szerzők sem adnak histologikus diagnosist — kellő véleményt alkothassunk magunknak.

Igy tehát a corneán myxoma képét mutató daganatok létezését el kell ismernünk, de hogy azok között szorosabb értelemben vett neoplasmák vannak-e, eddigelé bebizonyítottnak nem tarthatjuk.

IV. *Sarcoma.*

Három primaer cornealis daganatot irtak le ilyen diagnosissal. Ezek a következők:

J. Panas[2] 60 éves nőbetegről ír, ki 20 évvel azelőtt kis vöröslő foltot vett észre bal corneája közepén. Ezen folt 11 évig változatlan maradt, azután lassanként növekedett borsónyi daganattá. Sem azelőtt, sem a daganat fejlődése alatt fájdalmak vagy gyuladás nem voltak a szemen. A borsónyi daganat szabályosan kerek, alapja felé elkeskenyedik, palaszürke szinű, resistens tapintatú. A daganat széle mindenütt jó mm.-nyire van a limbustól. A daganat kiirtása után a *Malassez* által végzett histologikus vizsgálat kimutatta, hogy a tumor felszine túltengett hámmal fedett, mely alatt vékony kötőszövetes hártya következik. A daganat maga orsóalakú sejtekből áll, melyek egyes kötegekbe rendezkedve különböző irányban futnak le. A lebenyes szerkezetű daganatban festenyt tartalmazó, kerek sejtek is vannak, melyeknél magot ritkán lehet észrevenni. Ezek főként a véredényeket körülvevő kötőszövetben találhatók, egyes helyeken csoportokat képeznek. A daganatban vérzések nincsenek, véredények kevéssé fejlődtek. Diagnosis: melanosarcoma corneae. 13 hó alatt a daganat nem újult ki.

A másik két eset *Rumschewitsch*-től származik. Ezek közül az első[1] 61 éves férfi jobb szemére vonatkozik, ki $1^1/_2$ és 1 év előtt fején ütéseket szenvedett, minek folytán vérzés keletkezett a szeméből és látását elvesztette. A második trauma óta fejlődik a daganat, miközben gyakran voltak kisugárzó fájdalmai. A corneát majdnem egészen elfoglalja a sárgásvörös, elég sima, barázdált, elég lágy daganat, a limbus felé azonban mindenütt fennmaradt legalább 1 mm.-nyi cornea-szegély. A daganathoz felül-belül sok, vastag véredény húzódik a conjunctiváról. A tumor a corneával együtt 7·5 mm. vastag. A conjunctiva, mely a cornea körül vastagodott hámmal (hámcsapok) bir, sejtesen infiltrált. A cornea vastagodott hámja a daganatra folytatódik és itt számos és mélyre terjedő csapokat képez; a Bowmann-hártya a daganat által elfoglalt területen hiányzik. A daganat maga kötőszövetes vázzal bir, mely azt egyes területekre osztja. A hálózat hézagaiban kevés intercelluláris anyagban igen különböző alakú sejt van. Az elkeskenyedő alapon a sejtek kicsinyek és orsóalakúak. A főtömegben rendszerint a következő elrendezést találjuk: egy-egy hajszáledény körül 1—2 réteg kerek sejt (leukocyta), kivülök orsóalakú sejtek; a két sejtalak között számos átmeneti alak van. Az alapon több a lymphoid-sejt. Magoszlás seholsem található. A daganatban számos véredény van, több helyen — a felszinen is — vérzések vannak. — Enucleatio; 2 év mulva beteg él.

Rumschewitsch másik esetében[2] a daganat 14 éves leány bal corneáján képződött. A beteg mindkét szemén trachoma volt, a jobb szemen kifejezettebb, de a cornea ép; a bal corneán igen vastag (sarcomatosus) pannus. Két havi kezelés után a trachoma gyógyult, a bal szem pannusa pedig daganat jellegét öltötte. Enucleatio. A daganat a corneával együtt 3 mm. vastag, sehol a conjunctivával össze nem függ. A conjunctiva a cornea körül chron. gyuladás jeleit mutatja góreső alatt. Cornea a felszinen erezett, az erek főként a sclerából származnak. A daganat vázát részben a conjunctivából is származó kötőszövetes kötegek képezik alveolaris szerkezet nélkül. A daganatban kevés, finom véredény van. A tumor főként kerek, nem nagyon kicsiny, kevés közti szövetbe ágyazott sejtekből állott, „ergo kereksejtű sarcoma volt“.

A három sarcoma közül az *J. Panas*-ében nem kételkedhetünk. A typikus szöveti szerkezeten kivül a diagnosist a gyuladás nélkül való fejlődés és a daganatban a pigmentált sejtek jelenléte kétségtelenné teszik.

Rumschewitsch eseteihez azonban már némi kétség férhet. Ha tudjuk azt, hogy egyes esetekben kétségtelenül gyuladásos eredetű hyperplasiák mennyire hasonlíthatnak a sarcoma képéhez, mint azt *Silex* keloidjánál,[3] *Graefe* és *Hirschberg* fibroma lipomatodes-énél és még feltünőbben a *Mayer* és *Berger*[4] által

[1] L. c. XII. 3—5. ábrák.

[2] Contribution à l'étude des tumeurs primitives de la cornée. Thèse de Paris. 1887.

[1] Ein Fall von einen Hornhautsarcom. Archiv für Augenheilk. 1891. 52. oldal.

[2] Zur Casuistik der cornealen Neubildungen. Klin. Monatsbl. f. Augenhk. 1893. 50. oldal.

[3] L. c. A szerző maga is felemliti ezt és esetében a szöveti szerkezetet összehasonlítja *Pagenstecher* és *Gent* atlaszának XIII. 5. sz. képéhez, a mely pedig sarcomát ábrázol.

[4] Archiv f. Ophthalm. 1888. IV. — A több mint egy éve lassan, gyuladásos tünetek nélkül fejlődött limbus-daganat kötőszövetes vázból állott, ebben nagy epitheloid sejtek, kerek maggal és ezek mellett orsóalakú sejtek. Az edények falai infiltráltak. A diagnosist *leukosarcomára* tették, melyben a heidelbergi congressuson sem kételkedett senki a jelenlevő szemészek közül, csak *Leber* ajánlotta az esetben a tuberc. és lepra-bacillusokra való festést. Később a bőrön fellépett kétségtelen lepra-csomók a szerzőket ez után való kutatásra indították, s tényleg találtak is a sarcomának tartott daganatban számos lepra-bacillust.

leirt lepratumornál láthatjuk, kétkedéssel kell fogadnunk minden olyan esetet, melyben a daganat fejlődését gyuladás előzte meg, még inkább akkor, ha a szöveti szerkezet sem typusos sarcoma. Gyuladásos előzmények pedig *Rumschewitsch* mindkét esetében voltak, az egyikben kétszeres trauma, vérzéssel és a látás elvesztésével, a másikban trachoma és vastag pannus képe. A mi pedig a szöveti szerkezetet illeti, az első esetről azt olvassuk, hogy a véredények körül leukocyták vannak, ezeken kivül orsóalakú sejtek számos átmeneti alakkal. Ebből a szerző szerint valószinünek látszik, hogy a sarcomasejtek leukocytákból alakultak át s nem meglevő sejtek szaporodásából keletkeztek, mert oszlásban levő sejteket nem talált seholsem. Az újképletek keletkezésére vonatkozó jelenleg uralkodó felfogás számbavételével azonban inkább arra gondolhatunk, hogy adott esetben nem valódi neoplasma, hanem valamilyen gyuladásos eredetü hyperplasia volt jelen.

Rumschewitsch második esetében pedig, különösen a betegség előzményei után nem elégedhetünk meg azzal, ha a daganat hámjának és véredényeinek hosszas leirása után a szerző a képlet főtömegét képező sejtekről csak annyit ir, hogy azok nem nagyon kicsinyek és kerekek voltak. Pigmentált sejtek, úgy mint *J. Panas* sarcomájában egyik esetében sem voltak, a leukosarcomák pedig a szemen másutt is ritkák.

Mindezeket összevéve mondhatjuk, hogy *Rumschewitsch* két daganatának nem gyuladásos eredetéhez és a sarcoma diagnosisához kétely férhet s igy az esetek abban a kérdésben, vajjon primaer cornealis sarcoma létezik-e, döntők nem lehetnek. A feleletet e kérdésre csak *J. Panas* dolgozatában kapjuk meg.[1]

V. *Carcinoma. Papilloma.*

A primaer cornealis carcinomára és papillomára vonatkozólag átkutatott egész irodalomban kétségtelenül bizonyító feljegyzést nem találtam, ennélfogva itt csak arra szoritkozom, hogy az egyes szerzőknél itt-ott idézett és olyannak tartott eseteket röviden bemutassam.

Adams[2] a corneát befedő, de alul-belül a ciliaris tájra terjedő epitheliomát ir le. *Wecker*[3] miután kifejti, hogy a cornea szövetéből nem szoktak daganatok kifejlődni, egyszerűen megjegyzi, hogy neki csak egy ilyen esete volt, melyet operált is. *Stellwag*[4] tankönyvében csak annyit ir, hogy a primaer cornealis carcinoma igen ritka; infiltratum alakjában jelentkezik, a cornea felszinére vöröses csomók alakjában tör át, melyek összefolyva gyorsan növekednek és az egész corneára terjednek ki. *Galezowsky*[5] kézikönyvében a következő esetét közli egész röviden: a corneán daganat volt, mely nem terjedt seholsem a conjunctivára. A szemteke mellső hemisphaeráját lemetszette s a megejtett histologikus vizsgálat „a carcinoma összes elemeinek jelenlétét“ mutatta ki. A cornea saját szövete ép volt. *Dolschenkow*[6] carcinomát ir le, mely a cornea külső szélén kivül keletkezett. Karfiolszerü daganat fedte a corneát, mely egyes helyeken a limbuson túl terjedt.

A *Gayet*[7] által leirt papillomát mások sem ismerik el a corneából eredőnek.

Mint látható a másoktól idézett s primaereknek állitott corneális carcinomák vagy a limbuson túl terjedtek, s igy a már mondottaknál fogva itt nem értékesithetők, vagy az illető szerzők csak mellékesen, ki nem elégitő leirással közlik azokat, úgy hogy ezeket bővebb megbeszélés tárgyává nem tehetjük. Ugyanez áll a papillomákról is.

[1] Megjegyzem itt, hogy *J. Panas* értekezésében a *Pagenstecher* és *Gent* atlaszának XII. 1., 2. ábráját idézi, mint már előtte leirt sarcomát. Ezen ábrák azonban a feljebb ismertetett granulomára és nem sarcomára vonatkoznak.

[2] Ophthalm. Soc. of the Unit. Kingdom. 1882. Január. Annales d'Oculist. 87. kötet, 245. oldal.

[3] *De Wecker et Lando't.* Traité d'ophthalmologie. II. 209. oldal.

[4] Lehrbuch der prakt. Augenhk. 1864. 543. oldal.

[5] Traité des maladies des yeux. 1875. 324. oldal.

[6] Wjestn. Ophth. 1885. 23. oldal (oroszul).

[7] Lyon médical 1879. XXXII. 79. oldal. Utóbbi két közleményt *Rumschewitsch* idézi emlitett első czikkében.

VI. *Dermoid.*

Mig ezen daganat oly gyakori a limbuson, addig tisztán a corneára szoritkozottan csak egy esetben észlelték. Az észlelet *Fuchs*-tól[1] származik. Itt csak a közlemény kivonatát adjuk:

A 12 éves fiú anyja előadja, hogy a gyermek születése után a corneán gombostűfejnyi fehér foltot vettek észre, mely eleinte lassan, az utóbbi két év alatt pedig gyorsabban nőtt. Jelenleg a cornea külső felén, $^1/_4$ cornea nagyságának terjedelmében sárgás-fehér, kissé kiemelkedő daganat van, mely el nem tolható, kifelé a limbuson túl nem terjed. Több mint a fél cornea homályos. A daganat felszinén finom vér- és nyirkedényhálózat. Kiirtás után kis visszahagyott részlet újolag növekedésnek indult. A daganat maga jórészt kötőszövetből állott, igen számos és tág nyirkedénynyel és egy elég nagy mirigygyel birt. Szőrök nem voltak találhatók. A daganat felszinére a cornea hámja folytatódott. A kötőszövet durva és sejtszegény volt; különösen venák átmetszetei láthatók a metszeten. A mirigy csövekből összetett tömegnek látszott. E csövek hengerhámmal béleltek voltak s kevés kötőszövet tartotta őket össze. A kivezető cső cubikus sejtekkel bélelt volt és számos tágulattal birt.

Az egyes mirigycsövek létrejöttét a szerző a mikroskopiai kép alapján úgy magyarázza, hogy az epithel mélyebb rétegei csapok alakjában nyúltak be a kötőszövet felé s itt a hámsejtek radialis elrendezést nyerve, képezték az egyes csöveket. A keletkezés e szerint analog a bőrmirigyek fejlődésével. *Fuchs* a talált mirigyet verejtékmirigyhez vagy még inkább *Krause*-féle mirigyhez hasonlónak tartja.

***

A gyuladás eredményezte cornealis daganatok létezését senki sem vonta kétségbe Kérdés tehát, hogy tudunk-e az elmondottak alapján határozott feleletet adni azon feltett kérdésre, hogy előfordulnak-e szorosabb értelemben vett újképletek?

Az előbbiekben iparkodtam minden esetben szigorú kritikát gyakorolni s igy a valódi neoplasmára tett, legkevésbbé is kifogásolható diagnosisra rámutatni. Kizárva már most azokat, a melyekhez az előrement gyuladásnak csak gyanuja is fér a szerző által nyujtott leirásban, továbbá azokat, melyeknél a daganatnak a szomszédos részekről való rá nem terjedése nincs kétségtelenül feltüntetve, kizárva végre azon eseteket is, melyeknél a hézagos közlés kellő kritikát gyakorolni nem enged, mégis marad három észlelésünk, a melyeknél semmi kifogást nem tehetünk. Ezen három daganat: a *Graefe* és *Hirschberg* által észlelt fibroma lipomatodes, az *J. Panas* közölte melanosarcoma és *Fuchs* dermoid-ja.

A három eset közül kettő a kötőszövetes elemekből álló daganatok közé, a harmadik a veleszületett daganatok csoportjába tartozik. Igy csak a harmadik főcsoportba, az epitheliális újképletek közé tartozó primaer daganatot nem irtak le kétséget kizáró módon. Előre sem valószinü azonban, hogy épen csak ezen csoportba tartozó neoplasmák nem jöhetnének létre a corneán.

Az irodalomban feltalált összes és a szemklinikán észlelt esetünk alapján tehát mondhatjuk, hogy a corneán eddigelé a következő daganatformákat észlelték egész biztossággal:

1. Fekélyek reparatiós stadiumában vagy a cornea szövetében körülirt helyen fellépő lymphsejt-felhalmozódásból származó granulomákat.
2. Keloidokat és gyuladásos eredetü kötőszövetes hyperplasiákat, részben myxomatosus szerkezettel.
3. Fibroma lipomatodest, hasonló szerkezetü bőrdaganatokkal a testen.
4. Melanosarcomát és
5. Dermoid-ot.

Minden esetre el kell azonban ismernünk, hogy mindezen alakok felette ritkák, a minek oka ismeretlen s talán a cornea különös alkatában vagy véredényeket nélkülöző voltában kereshető.

[1] Dermoid der Cornea. Klin. Monatbl. f. Augenheilk. 1880. 131. oldal.

A retinitis leukämicáról.

Irta: *Scholtz Kornél* dr. szemklinikai gyakornok.

A retinának alkati bajokhoz társuló megbetegedései közül csaknem a legritkábbak közé tartozik a leukaemiás retinitis. A fehérvérűség maga sem gyakori bántalom s a retinán csak kivételesen okoz elváltozásokat. Ezek gyakorisága felől a szerzők igen különbözően nyilatkoznak: míg pl. *Gowers* 5 leukaemiás betege közül 4-nek volt retinitise, addig mások nagyobb számú és előrehaladott fehérvérűségben szenvedő betegeknél hasztalanul kutattak szemfenéki elváltozások után. *Liebreich* volt az első, a ki a retinitis leukaemicát, mint külön kóralakot leírta. Több esetet észlelt s leírásai typikus képét adják a leukaemiás retinitisek legnagyobb részének. Utána *Becker* közölte egy érdekes esetét, a melynél egy a szemfenéken látható tumorszerű újképződményt ir le s a mely közlés egymagában véve megdöntötte azoknak nézetét, a kik kétségbe vonták egy specialis leukaemiás retinitis létezését, azt állítván, hogy a fehérvérűség okozta retinális elváltozások miben sem különböznek bármely más okból fellépő retinitistől. Azóta számos variatióban közöltek eseteket; olyanokat, a melyeknél minden specifikus jelleget nélkülöző kisfokú elváltozások voltak csak jelen, olyanokat, melyek egy közönséges retinitis haemorrhagica képét nyujtották s végül oly eseteket, a melyek megfeleltek a *Leber* közlésében foglalt, úgyszólván classikus leirásnak. Legtöbbet foglalkozott e tárgygyal *Deutschmann*, ki egymaga 4 tanúlságos esetet közölt kórboncztani vizsgálatokkal együtt, a melyek főképen az elváltozások lényegének megitélésére nézve igen becsesek. Jelen dolgozatomban két, fehérvérűségben elhalt egyén szemtekéinek kőrszövettani leletéről számolok be s egyúttal az immár felszaporodott észleletekhez a magaméit hozzáadva, megkisértem a retinának fehérvérűségből származó megbetegedéseinek tüneteit s az ezeknek alapját képező szöveti elváltozásokat vázolni. Azt hiszem, nem végzek ezáltal felesleges munkát, mert a régebbi általános ismertetések a közlések gyér száma, az újabbak talán a meglevő casuistikának hiányos összegyüjtése folytán többnyire hézagosak, sok esetben egymásnak ellentmondók.

Az eddigi ezen tárgyat illető közlések rendkivüli változatosságuk folytán több csoportba sorolhatók. Számos fehérvérűségben szenvedő egyénnek szemtükri vizsgálatánál feltünt a szemfenéknek halványpiros, máskor naracsszinű vagy fehéres-sárga szine, a mely a szerzők egybehangzó véleménye szerint a chorioidealis erekben keringő, fehér vérsejtekben dús vérnek halványságától ered s a mely színezet ennélfogva nem bir különösebb jelentőséggel, mint például a bőrnek vagy a nyákhártyáknak halványsága. *Gowers* minden leukaemiás betegénél leírja a szemfenék ezen halvány színét, míg a többi észleleteknek csak fele számában történik róla említés. Egyéb jelek hijában ezen tünetnek diagnostikus értéke nem nagy, mert a szemfenék színárnyalatát a pigmentepithel sűrűbb vagy ritkább volta lényegesen befolyásolja, úgy hogy csak mint támogató diagnostikus jelt használták fel oly esetekben, melyeknél a retinalis elváltozások a baj eredetére nézve nem voltak jellemzők.

Mint minden a retinában székelő megbetegedésnek, úgy a retinitis leukaemicának is úgyszólván legérzékenyebb indexei a retinalis erek, különösen a venák. A közölt eseteknek csak alig egy ötödrészében hiányoztak az erek elváltozásai s 5 esetben — kifejezett leukaemiás egyéneknél — az erek elváltozásai képezték a retinalis megbetegedésnek egyetlen jelét. A venák ilyenkor tágak, kanyargós lefutásúak, színük kékes-vörösbe, máskor rózsaszínbe játszó vagy barnás, olykor kilépési helyüktől kezdve kisebb-nagyobb távolságig fehér szalagszerű csíkok szegélyzik őket. Az artériák vagy épeknek látszók vagy kissé szűkültek. Ilyen volt a szemfenéki lelet *Becker*[4] esetei közül 3 szemen. *Michel*[19] sárgás szemfenék mellett nagy venosus pangást észlelt egy leukaemiás egyén retináján más tünet nélkül. M. ezen pangás okát a sectiónál felfedezett s a vena ophthalmia superiorban székelő thrombusban keresi. Ilyen volt a szemfenék képe *Kerschbaumer*[22] nem rég közölt esetében is, a melynél mindkét orbitaűrt, a könyemirigyeket és szemhéjakat lymphomaszerű újképződések foglalták el s e mellett az egyik szemfenéken csak néhány, a rendesnél kanyargósabb vena volt látható, míg a másik szem pangásos papilla képét nyújtotta. A kórleirásokból arra lehet következtetni, hogy az edények ezen elváltozásai a retinitisnek úgyszólván initialis tünetei, a melyekhez később csatlakoznak a többiek.

Az észleleteknek második csoportjába azon esetek sorolhatók, a melyeknél a bántalom főképen retinalis vörösszinű vérzésekben nyilvánult, oly vérzésekben, a melyek sem szin, sem nagyság, elrendeződés vagy alak tekintetében semmi különös typust nem mutatnak; ezen eseteknél a diagnosist tehát nem a szemfenéki lelet, hanem a belgyógyászati vizsgálat adta meg, úgy hogy egyesek a leukaemiás retinitisnek specifikus jellegét ezek alapján kétségbe is vonták. 7 ilyen esetet találtam az irodalomban. *Tillaux*[14] betegénél a retinalis vérzéseken kivül igen tág, fehér csikokkal szegélyzett venák voltak láthatók, míg *Perrin*[12] számos haemorrhagiákon és kanyargós, pulzáló venákon kivül a retina tejszerű borusságát is emliti. Igen érdekes *Michel*-nek egy második esete, a melynél a retinavérzések oka egy a vena centralisban talált thrombus volt. A fehérvérűség tehát itt, úgy mint a fentebb említett esetben is, nem közvetlenül, hanem indirecte hozta létre az elváltozásokat. *Immermann* és *Gallasch* közlései egy közönséges retinitis haemorrhagica képét adják. A leukaemiás eredetű retinavérzések visszafejlődési képességét bizonyítják *Deutschmann*[16] és *Heinzel*[24] esetei. D. betege egy 14 éves leány, a ki ismételten került észlelése alá. Az első vizsgálatnál a szerző halványpiros szemfenéken hosszúkás, vörös vérzéseket látott; 3 hét mulva a szemfenék szine sárga volt, a vérzések részben már eltüntek, újak nem keletkeztek. *Heinzel* egy lymphogen leukaemiában szenvedő $4^1/_2$ éves gyermeknél duzzadt, borús határú papillát, kanyargós, fehéren szegélyzett venákat talált. 4 heti észlelés alatt mindkét szemfenéken számos vérzés keletkezett és szivódott fel ismét nyom nélkül s a megejtett kórszövettani vizsgálat semmi kórosat ki nem mutathatott a szemeken. A szerző ezen jelenségeket pangásos eredetűeknek tartja.

A leukaemiás retina megbetegedéseknek legnagyobb contingensét azon esetek képezik, a melyeknél a szemtükri kép önmagában megadja a diagnosist; ezen esetek az egyéb retinitisekkel közös vonásokon kivül oly tüneteket mutatnak, a melyek a leukaemiás eredetet kétségtelenné teszik s a melyeknek egyrésze más retinalis bántalmaknál egyáltalában nem fordul elő, más része, ha elő is fordul, lényegesen eltérő szöveti elváltozásokon alapul. A feltalált eseteknek 60%-a sorolható ezen csoportba. *Liebreich*[1] és *Leber*[7] szerint ezen retinitisnek jellemző tünetei: fehér centrummal biró és vörös udvarral körülvett, kerek foltok, továbbá, ugyancsak kerek, de egyszinű, sárgás-fehér, többé vagy kevésbbé kiemelkedő foltok; mindkét féleség különösen a szemfenék peripheriáján és másodsorban a macula lutea táján lép fel előszeretettel. A későbbi észleletek azt mutatják, hogy ezen jellenségek nem mindig lépnek fel együttesen, hanem rendszerint vagy egyik vagy másik alak combinálódik az általános tünetek valamelyikével. Igy mindössze 3 szemen irattak le az említett fehér foltok a vörösen szegélyzett foltokkal együttesen, míg a többi eset felerészben oszlik meg a kétféle alak között. A legkifejezettebb specifikus jelleget mutatta *Becker*-nek egy betege, kinek jobb szemén kanyargós, tágult venákon kivül más elváltozás nem volt, míg bal szemén a macula lutea táján egy $^1/_4$ papillányi átmérőjü, fényes, sárgás-fehér foltot lehetett látni, keskeny vörös szegélylyel körítve. B. a más szervekben előfordulókhoz hasonló lympho-

maszerű ujdonképződésnek tartotta ezen kis tumort, a mely az ő nézete szerint a retina mögött és részben a chorioideában székelt. Idő multán a vörös szegély eltünt, a csomó maga lelapult, felszívódott, helyén több foltból álló szürkés plaque maradt vissza. Időközben egyes venák mellett új, kisebb fehér foltok képződtek, a melyek ugyancsak visszafejlődtek. *Deutschmann* [1] $^1/_6$ papillányi vörös, szegélyes és szegély nélküli foltokat észlelt közönséges csikos és kerek vérzésekkel együtt. Ilyen esetnek ábrája látható *Liebreich* [2] atlasában is. Ide sorolható *Leber* [3]-nek egyik esete is, a melynél számos vérzésnek közepén fehér foltokat lehetett látni, egy nagyobb vérzésben pedig két fehér folt foglalt helyet.

Szegélynélküli foltokat vérzésekkel vegyesen *Sämisch* [5] ir le. Úgy a foltok, mint a vérzések a venák mentét követték. *Roth* [9] eseteiben a vérzések szintén a venák közelében voltak, a fehér foltok ellenben a sárga folt körül concentrikus elrendezkedést mutattak. Ugyanilyen, a retinitis albuminuricáéhoz igen hasonló képet ir le *Kramsztyk* [18] is, azzal a különbséggel, hogy esetében csak kevés pontszerű vérzés volt az aequator táján. *Deutschmann* és *Gowers* [23] a szemfenék peripherikus részein láttak kisebb-nagyobb fehér foltokat, mig *Perrin* [11] egyik esetében bizonyos elrendeződés nincs felemlitve.

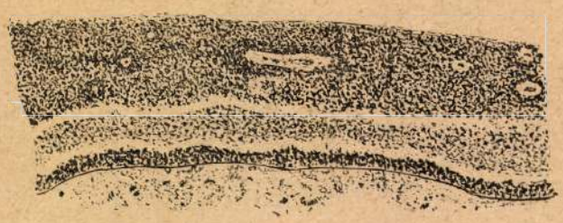
Vörös szegélyü fehér foltokat vérzésekkel vegyesen talált *Leber* [6] a fent leirt elrendeződésben; *Poncet* [13] és *Quinke* [20] eseteiben a foltok a papilla körül feküdtek radialis irányokban. *Kramsztyk* egyik esetében „világosabb közepü“ vérzésekről tesz említést. Ide tartozik még *Litten* [21] észlelete, a melynél feltünő volt a venák chocolade barnaszine.

Az egyetemi szemklinikán feldolgozott két eset a következő:

I. eset.

S. L. 14 éves férfibeteg csaknem moribundus állapotban került észlelés alá. Látás mindkét szemen = 0. A futólag megejtett szemtükri vizsgálat alkalmával csak a jobb szemfenéken nagy fehér foltok és elszórt vörös vérzések voltak láthatók; a bal szem belsejében egy helyenként szürkés, másutt barnás tömeg látszott. A beteg nehány nap mulva meghalt. Úgy a belgyógyászati vizsgálat, mint a kórboncztani lelet nagyfokú fehérvérűséget állapitott meg.

1. ábra.



2. ábra.

Bonczlelet. A szemek külső megtekintésre kórosat nem mutatnak. A *jobb* szemtekét átvágva feltünik, hogy a retina átmetszete rendkivül vastag, a chorioideától mindenütt elvált, ránczokba szedődött. Górcső alatt megmérve a retina vastagsága a papilla körül 0·52 mm., az aequator táján 0·40 mm., az ora serrata közelében 0·12 mm. A *papilla* 1·8 mm.-nyire emelkedik ki a chorioidea mellső felszine fölé s a scleralis nyilástól számitva 2 mm.-nyire meredeken hajlik le a retina sikjáig. A papillának ezen nagyfokú kiemelkedését az idegrostok közé nagy mennyiségben kivándorolt fehér vérsejtek okozzák; a fehér vérsejtes beszürődés legnagyobb fokú a papilla felszinén, a hol a sejtek sürűen egymás mellett fekszenek, az idegrostokat teljesen takarják, úgy hogy azok lefutása nem látható. Az opticus felé a sejtek mind ritkábbak lesznek, csak az idegpamatok közeit töltik ki sövényszerűen s gyérebben a látóideg rostjai között is láthatók. A papillán a fehér vérsejtek különösen az edények körül láthatók sürübben s ezenkivül a chorioideális nyilás mellett képeznek egy nagyobb szabálytalan alakú, tömörebb csoportot.

A papilla körül a *retinának* összes rétegei, de főképen a rostréteg és a belső magcsás réteg vastagodottak meg. Utóbbiakban a beszürődés oly nagy, hogy a rétegek határvonalai fel nem ismerhetők.

Innen kezdve egészen az aequatorig a retina egyenletesen vastag. A *rost- és dúczréteget* sürűen egymás mellett fekvő leukocyták töltik ki, a melyek itt is az erek körül sorakoznak legnagyobb számmal; egyes nagyobb edények körül a beszürődés oly nagy, hogy a rostréteg az egész retina vastagságának $^9/_{10}$ részét teszi ki. A *belső szemcsés* réteg beszürődést nem mutat, vastagsága rendes. A *belső magcsás* réteg vastagsága a rendesnek négyszerese, a vérsejtek elosztódása benne egyenletes, nem csoportos. A *külső szemcsés* és *külső magcsás* rétegek épek, a *pálczika* és *csapréteg*, valamint a *pigmentepithel* részben postmortalisan elváltozottak; a szétesett epithel és pálczikacsap törmelékek között elszórtan fehér vérsejtek is fekszenek. A retinának üvegtesti felszinén helyenként laposan elterülve vörös és fehér vérsejtek halmazai fekszenek fibrinalvadék által képezett reczével borítva.

Az *aequatortól mellfelé* a retina vastagsága mindinkább csökken. Az extravasatio a rost- és dúczrétegben különösen az edények közé szoritkozik, az edényektől ment területen a sejtek csak egyesével láthatók. A véredények a csoportos vérsejthalmazoknak közepén fekszenek, a vérsejtek az edényt körkörösen övezik, csak némely nagyobb terjedelmü extravasatum terül el szélesebben a retina síkjában; az ilyenek rendszerint a többi rétegre is kiterjednek, azokat néhol meg is szakitják, sőt helyenként a retina mögött is találni fehér vérsejteket.

Az *ora serrata táján* a retina a rendesnél csak kevéssel vastagabb; gyér kereksejtes beszürődés csak az edények körül van. A retina ezen a tájon bő kanyargós ránczokba szedődött, a mögötte levő űr detritussal és elszórt fehér vérsejtekkel telt.

A *retinalis véredények* mindenütt jelentékenyen tágultak, túlnyomóan fehér vérsejtekkel teltek. Az edényfalak igen nagyfokú degeneratiót mutatnak, a mely az aequatortól mellfelé eső részeken a legkifejezettebb. Az edények falai rendkivül vastagok, egynemünek látszó, hyalinszerű anyagból állók; kötőszöveti sejtmagot ezen anyagban csak elvétve látni, de annál bővebben kivándorlásban levő fehér vérsejteket.

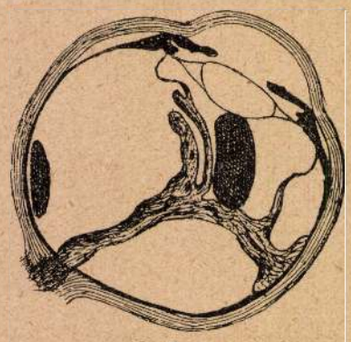
A *retina kötőszövete* túltengett. A Müller-féle rostok szélesek, mintegy duzzadtaknak látszanak, egyes nagyobb extravasatumok által széttolattak.

A *chorioidea* vastagsága körülbelől normalis. Nagyobb edényei mindenütt teltek, fehér vérsejteket bőven tartalmaznak, a choriocapillaris edényei fehér vérsejtekkel zsúfolásig teltek, egyesek erősen tágultak A stromában egyes elszórt kereksejtek mindenütt láthatók, de körülírt csoportot sehol sem alkotnak.

Az egész leletből kiemelendő a papilla óriási duzzanata s a retina nagymérvü beszürődése, a melylyel szemben a retina felszinén levő vérzések jóval kisebb szerepet visznek.

A bal szemen makroskopice látható elváltozásokat a 3. ábra mutatja. A retina csaknem egész kiterjedésében levált a chorioideáról. A levált retina, mint rendszerint totalis ablatiónál, vaskos köteg alakjában húzódik a papillától mellfelé, de csak a szemtekének mintegy közepe tájáig; onnan egyik része a corpus ciliarehoz húzódik, másik része azonban az aequator bulbi tájékán a chorioideához vonul s ahhoz mintegy 1—1$^1/_2$ cm. átmérőjü területen odanőtt; az odanövéstől mellfelé eső retinarészlet alapjáról szintén le van válva. A retina mögötti űrben, a papilla mellett, valamint a levált retina mellső szárai között egy-egy barnás-fekete, összeálló, rosszul metsződő tömeg foglal helyet, a mely a górcsői vizsgálatnál vérzésnek bizonyult. A szem tehát egy oly ablatio retinae

képét adja, a mely egy előzőleg létrejött odanövés miatt nem válhatott teljessé. Góreső alatt a levált retina hátsó kötegében a rétegek még felismerhetők, bár jórészt kötőszövetes átalakulásnak indultak. Elszórt fehér vérsejtek nagy mennyiségben láthatók egész átmérőjében, különösen az edények körül, melyeknek falai a másik szeméhez hasonlóan hyalinszerűen elfajultak. A retinának azon részét, mely alapjáról le nem vált, egy pathologikus szövet köti össze a chorioideával. (4. ábra.) Ezen szövet körülbelől kétszer oly vastag, mint a chorioidea, a melylyel szorosan összefügg. Alapanyagát rostos kötőszövet képezi, a melybe kevés kötőszöveti és kereksejt van beágyazva. A szövet nagyobb véredényeket nem tartalmaz, capillarisokban is szegény; egyik rézsut haladó edény mentén számos, részben alaktalan, részben a festékes sejtek alakját megtartó pigmentrög fekszik, követve az edény lefutását. Ez hegszövethez hasonló szövet úgy a szerkezetét teljesen elveszített retina, mint a chorioidea felé meglehetős élesen elhatárolt, de mindkettővel szorosan és megszakítás nélkül összefügg.



3. ábra.

A levált retina szerkezete az összenövés helyén egyáltalában fel nem ismerhető; legnagyobbrészt a szemteke közepe felé haladó, erősen megnyult, úgyszólván megfeszült kötőszöveti rostokból áll, a melyek helyenként a Müller-féle rostok alakjára emlékeztetnek; közeik nagy mennyiségű egyenletesen elszórt kereksejtekkel vannak kitöltve. Az elég nagyszámú edények falai erősen megvastagodottak, nagy fokban degeneráltak.

A retina másik szárnya a corpus ciliarehoz húzódik, sorvadt, idegelemei megfogytak, de szerkezete nagyjából megmaradt. A sugártesttől 1 cm.-nyi távolban 1 mm. széles, 2 mm. hosszú vérzés van benne (5. ábra), a mely az összes rétegeket elfoglalja, erősen kidomborítva a membrana limitans internát és externát, a retina vastagságát megháromszorozza.

4. ábra.

Szomszédságában van a fent említett nagy üvegtesti vérömleny is; direct összefüggést a kettő között egy metszeten sem sikerült találni, de fölöttébb valószínű, hogy utóbbi is a retinának ezen sorvadt részéből indult ki.

A *chorioidea* az összenövés helyén normalis alkatát nagyjából megtartotta; a nagy edények helyzete rendes, a stromában levő pigmentsejtek száma valamivel kevesebb, a pigmentepithel azonban teljesen eltünt, csak itt-ott látható egy-egy festenyes hámsejt, miért is a choriocapillaris közvetlenül érintkezik a fent leírt ujdonképzett szövettel s abba úgyszólván beleolvadt; a kisebb edények elhelyezése rendetlenebb, a hajszálereket közéjük furakodott kötőszöveti rostok választják el egymástól. A chorioideának többi részei is jelentékenyen kórosak. A mindenütt degenerált falú és vérsejtekkel túltömött edények körül nagy, többé-kevésbbé körülírt tömegekben fekszenek a kilépett lymphociták, a melyek különösen a mellső részeken az egész stromát kitöltik. A chorioidea vastagsága az odanövés helyén a rendesnek kétszerese, az odanövés környékén a rendesnek négy-ötszöröse; hátrafelé a chorioidea vastagsága mindinkább kisebb s a papilla körül normalis. A papilla mellett fekszik a már említett körülbelől 8 mm. kiterjedésű és 2 mm. vastagságú vérömleny. Ezen hely környékén a choriocapillaris erei óriási mértékben tágultak, kúpszerűen kiemelkednek, csaknem kizárólag fehér vérsejtekkel teltek, egyesek közülök megrepedtek.

5. ábra.

A *corpus ciliaréban*, de még inkább az *irisben* jelentékeny kereksejtes infiltratio van, a mely főképen az edények körül sűrű.

A levált retina kelyhében fekvő és hátul a chorioideán levő két vérömleny igen nagyszámú fehér vérsejteket tartalmaz, de túlnyomóan mégis szétesett vörös vérsejtekből áll. A retina előtti vérzés átmérője körülbelől 7—9 mm.-t tesz ki.

Ezen boncztani elváltozások létrejötte a következőképen oldható meg. A fehérvérűség folytán a chorioideában egy nagyfokú fehér vérsejtes beszűrődés keletkezett, a mely a retina hátsó rétegeire is kiterjedt s bizonyos idő mulva organizálódott, kötőszövetté alakult; ily módon a chorioidea és retina között egy szerves összenövés jött létre.

A később bekövetkezett retinaleválás oka lehetett a chorioideából keletkezett subretinalis vérzés; a retina előtti vérzés az erősen elfajult retinalis erekből talán már a leválás után következett be.

II. eset.

K. J. 32 éves lienalis fehérvérűségben szenvedő férfibeteg mindkét szemén a papilla kiemelkedő, elmosódott határú, a retina borús, az arteriák kissé szűkültek, a venák tágak, kanyargósak, a bal szemen a papillától ki- és alófelé egy $^1/_2$ papilla-átmérőjű hosszúkás vérzés van. Látásvizsgálat nem történt.

A hullából kivett szemtekéken makroskopice kóros elváltozást nem látni. Mindkét szem papillája 0·60 mm.-nyire emelkedik a chor. síkja fölé, a retina vastagsága a pap. közelében 0·40 mm., a peripherián 0·28 és 0·32 közt változik. A papillákon és a környező retinarészeken jelentékeny oedema látható, a mely az idegrostok széttolását eredményezi. Ezenkivül fehér vérsejtek is fekszenek elszórtan a rostok között, míg az opticus rostkötegei között a scleralis gyűrűn innen és rajta túl tömöttebb sorokban vannak elhelyezkedve. A bal szem papillája mellett egy $^1/_2$ mm.-nyi területen a rostréteg felületen az idegrostok ampullaszerűen megvastagodott, homogen, eosinnal gyengén festődő képletekké alakultak. Ezen terület közelében a dúcrétegben egy 0·60 mm. átmérőjű vérömleny látható, a mely túlnyomólag vörös és jelentékeny számú fehér vérsejtekből áll, a melyek azonban elrendeződést nem mutatnak. A retinának többi része mindkét szemen egyenlő: a rostréteg oedemás megvastagodása a papillától távolodva mindinkább kisebb.

Egyenként elszórt lymphocyták az egész retina területén találhatók, főleg a rost- részben a dúcrétegben is, míg a többi rétegek épek. Az edények mindenütt erősen tágultak, a retina külső rétegeit hátrafelé kúpszerűen kidomborítják, fehér vérsejteket bőven tartalmaznak, falaik épek. A chorioideák vastagsága rendes, összes edényei tágultak, tömve vannak főleg fehér vérsejtekkel, a melyek egyenként elszórva a stromában is láthatók.

Röviden összefoglalva az egész casuistica adatait, azt látjuk, hogy: a fehérvérűséget kisérő retina megbetegedéseknek 60%-a mutatja a leukaemiára jellemző, specifikus szemfenéki elváltozásokat, 17%-a csak általános más retinitisekkel közös tünetekkel jár s végül az eseteknek 23%-ában a szemfenéken egyszerű haemorrhagiás retinitis képe látható. A két utóbbi féleségnél leukaemiára gyanút adó tünetek (a szemfenék halványsága, a retinalis erek sajátszerű színe) előfordulhatnak, de hiányozhatnak is. Az egyes tünetek csoportosításánál legczélszerűbbnek látszik a boncztani rendet követni.

Retina.

Az egész retinára kiterjedő vagy csak a papilla környékére szorítkozó *borússágot* körülbelől az esetek felében irnak le. A borússág megjelenésében megegyezik a más retinitiseknél előfordulóval. Oka lehet egyszerű pangásos vagy lobos eredetű oedema, a mely meglehetős fokot érhet el, különösen, ha papillitis is van jelen. Ilyenkor a papilla körüli részeken a rostréteg idegrostjai széttolódnak, köztük nagy savóval telt ürök képződnek (II. eset.) *Deutschmann* a dúczrétegben talált ily oedemából eredő üröket, mig *Roth* a retina környi részein ir le „cystaszerű degeneratiót", a mit egyes szerzők ugyancsak egyszerű oedemának tartanak. A retina borússága elszórt kereksejtes beszűrődéseken alapul, a mely többnyire és legnagyobb részben a rostréteget foglalja el s csak ritkán terjed ki a többiekre.

Körülírt góczok, a melyek vagy egyszínű sárgás-fehérek vagy pedig vörös udvarral szegélyezettek, a leukaemiás retinitisek 60%-ában irattak le. Ezen foltok nagysága igen különböző: lehetnek mákszemnyiek és több papillányi terjedelműek; olykor a retina síkjában fekszenek, rendesen azonban többé-kevésbbé kiemelkednek. (*Reincke* szerint néha 2 mm.-nyire is.) Elhelyezésükben állandó typus nem mutatkozik; néha nagyobb számban a retina peripheriáját foglalják el, gyérebben a sárgafolt környékét. Fekvésük többnyire semmi szabályosságot nem mutat, megemlitendő azonban, hogy elég gyakran láthatók a nagyobb edények, különösen a venák közelében.

Az egyszínű fehér foltok Leber szerint háromféle módon jöhetnek létre: 1. az idegrostok sclerotikus túltengésétől, 2. a retina szövetének zsiros elfajulásából és 3. fehér vérsejtes beszűrődések által. Sclerotikus idegrostokat öt esetben irtak le (*Roth, Deutschmann Kramsztyk*); ilyenek láthatók a fent közölt II. esetben is. Az ilyen sclerotikus gócznak székhelye rendesen a papilla közelében van az idegrostréteg felszinén, lényege a táplálkozási zavar okozta degeneratio. Zsiros elfajulást oly kiterjedésben, hogy az szemtükörrel látható foltot képezett volna, egy szerző sem emlit, sőt maga Leber zsiros elfajulásnak nyomát sem találta az általa észlelt esetekben; mindössze néhány leirásban történik említés egyes peripheriás retinaedények adventitiájában talált kisfokú zsiros degeneratióról. A fehér foltoknak ilyenféle származása tehát csak más retinitisek szöveti elváltozásaiból következtetés útján levont feltevés, a melyet a tapasztalatok nem igazoltak. Feltünő ezen körülmény épen egy retinalis megbetegedésnél, a melyeknél a degeneratio adiposa különben oly nagy szerepet játszik; ebben különbözik főképen a leukaemiás retinitis más retinitisektől, főképen a retinitis albuminuricától, a melynél a fehér foltok túlnyomólag a retinaszövet elzsirosodásából keletkeznek, mig a leukaemiás retinitis fehér foltjai (néhány sclerotikus rostból álló góczot kivéve) kivándorolt fehér vérsejteknek többé-kevésbbé körülírt felhalmozódásából képződnek. Tehát a mit a szemtükörrel mindkét esetben egyformán fehér foltnak látunk, az a ret. albuminuricánál degeneratio, a ret. leukaemicánál infiltratio.

Hogy ez tényleg igy van, bizonyitják a górcsői leletek, a melyekből a fehér vérsejtes beszűrődések sohasem hiányoznak, ha a kórleirások fehér foltokról tesznek említést. A beszűrődés lehet diffus (lásd fentebb) és körülírt. Az eloszlott beszűrődés egy vagy több retinarétegnek egyenletes megvastagodását eredményezheti; igy Oeller esetében a retina kétszeresére vastagodott meg, úgyszintén a közölt I. esetben is. A megvastagodás többnyire a rostréteget illette, *Saemisch* és a magam esetében a belső magcsás réteget is, mig *Roth* és *Deutschmann* a dúczréteg megvastagodását irják le. Az ily egyenletes beszűrődés legnagyobb a papilla körül, onnen mellfelé mindinkább csökken. Szemtükörrel a retina ilyenkor borúsnak látszik. A beszűrődés eredete hosszabb ideig tartó lassan végbemenő diapedesisben kereshető.

Körülírt helyen felhalmozott, tisztán lymphocytákból álló góczokat irtak le *Leber, Poncet, Deutschmann, Kerschbaumer*; ilyenek láthatók az én I. esetemben is. Székhelyük csaknem mindig a rost és dúczréteg, csak a nagyobbak terjednek ki az összes rétegekre; az ilyenek a retinalis kötőszövetet oldalirányban is széttolják. A legtöbb gócznak centrumában egy edény látható s e körül fekszenek összezsúfolva a fehér vérsejtek, legsűrűbben közvetlenül az edényfal mellett. Jogosultnak látszik azon feltevés, hogy ezen kereksejtek szintén kivándorlás és nem az edényfal megrepedése által jutottak ki az edényekből; e mellett szól a concentrikus elrendezés, továbbá az, hogy vörös vérsejtek nincsenek köztük s végül, hogy az edényfalakban nagy számmal találni kivándorlásban levő lymphocytákat.

Nem ily könnyen oldható meg a vörös szegélyű foltok keletkezésének kérdése. Az egyes szerzők már a leirásokban is más-más névvel említik őket: némelyek vörös udvarú infiltratumokról szólnak, mig mások fehér centrumos vérzéseknek nevezik el őket. Előbbi elnevezés helyesebbnek tetszik. *Leber* szerint ezen góczok diapedesis és nem vérzés által keletkeznek, mert alakjuk rendesen kerek, holott a rostrétegben levő vérzések csikalakúak szoktak lenni. A diapedesis szerinte úgy megy végbe, hogy előbb vándorolnak ki a vörös vérsejtek s a peripherián foglalnak helyet s csak utánuk jönnek ki a fehérek, a melyek a középen maradnak. A górcsői leletek nézetem szerint a diapedesis mellett szólnak. A legtöbb esetben ugyanis közönséges vérzések is voltak a retinában; ilyenkor górcső alatt láthatók voltak egyrészt szabálytalan alakú vörös és fehér vérsejtekből álló halmazok, a melyek semmi elrendeződést nem mutattak, másrészt köralakú vérsejthalmazok közepükön fehér, széleiken vörös vérsejtekkel. Bajosan képzelhető, hogy a megrepedt edényfalon kiömlő vér ceteris paribus az egyik helyen közönséges haemorrhagia módjára rendetlenül terül el, mig a másikon köralakba szedődik és vérsejtek szerint rendezkedik el. A lassú keletkezés tehát itt is valószinű, de Lebernek azon nézete, hogy a vörös vérsejtek a kivándorlásban a fehéreket megelőznék, nem felel meg az általános kórtani szabályoknak. Talán úgy áll a dolog, hogy az edényfal megbetegedése folytán nagyobb szabású diapedesis indul meg s az történik, a mi egy haemorrhagiás exsudatiónál, hogy t. i. a fehérek *után* a vörös vérsejtek egy része is kivándorol s a mint *Oeller* képzeli, az egymáshoz vonzódó és active is mozgó leukocyták által mintegy kilöketik a gócz szélére.

Vérzések a leukaemiás retinitisnél ritkán hiányzanak, s úgy mint más retinalis vérzés, rendesen csikalakúak, ha a rostrétegben, kerekek, ha a mélyebb rétegekben feküsznek; néha a kiömlött vérzés a retina felületén ömlik el. A vérsejtek aránya igen változó, majd csaknem kizárólag vörös, majd túlnyomó számban fehér vérsejtekből áll a vérzés, de minden elrendeződés nélkül. Némelyeknek feltünt a vérzések szokatlanul halvány színe, a mi valószinűleg a nagyszámú fehér vérsejtektől eredt.

A retina *erei*, mint fentebb láttuk, többnyire megváltoztak. Az arteriák néha szűkültek, venák rendesen tágabbak, erősen kanyargósak, színük olykor sajátszerű kékes, majd rózsaszínű vagy chocoladebarna, az esetek $^1/_3$ részében fehér szegély kiséri őket. Mikroskop alatt a venák tágsága rendesen észlelhető. A venák olykor annyira tágak, hogy a retina rétegeit kúpalakban hátrafelé kidomborítják. *Oeller* orsószerű edénytágulatokat észlelt. Az összes edények olykor nagy mennyiségű fehér vérsejtekkel teltek, de soha sem oly mértékben, mint a chorioidea erei. Az *edényfalak* kóros elváltozásai, mint az adventitia megvastagodása, beszűrődése, ritkáb-

ban zsíros degeneratiója többször észleltettek. Az edényfalak megbetegedésének igen nagy fokát látjuk az I. esetben, a melynél sokszorosan megvastagodott érfalzat helyenként egy csaknem homogen, hyalinszerű anyaggá alakult. Az egyes venákat kisérő *fehér szegély* magyarázatát leli részben az edényfal megvastagodásában, részben a folyamatban levő vérsejt kivándorlásban, a mely első sorban a perivascularis üröket tölti meg leukocytákkal. (Kerschbaumer.)

A retinalis *kötőszövet* elváltozásai részben mechanikus, részben lobos eredetűek. Nagyobb vérzések vagy infiltratumok néha óriás mértékben széttolják és megnyujtják a Müller-féle rostokat. Ezenkivül gyakori az egész támasztó szövet hypertrophiája, sőt a megvastagodott és megnyult kötőszöveti rostokon olykor még sejtes beszűrődést is látni. (*Deutschmann.*)

Az egész retina helyzetváltozásai közül a papilla körüli ránczképződések több izben irattak le (*Oeller*), az I. esetben pedig ablatio fere totalis következett be a fentebb kifejtett okok alapján.

A papilla

s néha *a látóideg* maga is részt vesz a retina elváltozásaiban. A papilla határai sokszor elmosódottak, radialis csíkoltságot mutatnak, a papilla néha igen nagy mértékben, olykor gombszerűleg emelkedik ki (*Oeller, Poncet* és saját I. esetem), úgy hogy jogosan szólhatnánk papilloretinitisről. A papilla duzzanata származhatik a benne haladó és erősen megtelt, tágult véredényektől (*Deutschmann*), többnyire azonban oedemán vagy kisebb-nagyobb fokú sejtes beszűrődéseken alapul a papillitis. Beszűrődéseket észleltek még a látóideg kötőszövetében és burkaiban is (Kerschbaumer). *Leber* és *Deutschmann* a papilla szövetében kisebb vérzéseket találtak, *Oeller* pedig számos, szerinte talán újdonképzett capillarisokat fedezett fel benne.

Chorioidea.

A szemfenéknek gyakran észlelhető halvány színét a chorioidea edényeiben keringő vér fehérségéből magyarázhatjuk; számításba kell azonban vennünk a pigmentepithel minőségét is s azért leukaemiánál mindig kérdéses marad, nem-e volt a szemfenék már azelőtt is halványabb, vagy ha rendes színűnek látszik, nem-e volt azelőtt sötétebb. A színárnyalatnak pontosabb megitélésére *Becker* a nappali fény melletti tükrözést ajánlja.

A górcső alatt megvizsgált leukaemiás szemek több mint $^2/_3$ részében a chorioidea igen nagy hyperaemiát mutatott. Ezen vérbőség *Oeller* és *Deutschmann* eseteiben oly nagy volt, hogy az egész chorioidea jelentékeny megvastagodását okozta. Többen észlelték az ereknek kúpalakú elődomborodását, úgyszólván maximalis megfeszültségét a nélkül, hogy csak egyetlenegy szabadon fekvő fehér vérsejtet is találtak volna a stromában. Az extravasatio is elég gyakori, többnyire beszűrődés alakjában. Az edényekből kilépett fehér vérsejtek rendszerint egyenletesen eloszolva fekszenek a stromában, de körülirtabb góczokat is képeznek. A diffus chorioidealis beszűrődésnek legnagyobb ismert fokát *Kerschbaumer* esete mutatja, a melynél az egyik szem érhártyája háromszorosan, a másiké négyszeresen megvastagadott, s e mellett a corpus ciliare és iris is telve volt leukocytákkal. Hasonló, de kisebb fokú elváltozást mutat a leirt I. eset is, azon különbséggel, hogy míg ennél a beszűrődés a retinával való kóros összenövés helyén (az aequator táján) volt a legnagyobb, addig a legtöbb esetben a szemteke hátsó részein éri el tetőfokát. *Roth* egy körülirt, fehér vérsejtekből álló góczot említ, *Deutschmann* egyik esetében orsóalakú körülirtabb csoportok voltak felismerhetők az elszórtan fekvő sejtek közt. A vérsejtek elosztódása az edényekben igen különböző. A nagy edényekben a sok fehér vérsejt mellett mindig jelentékeny tömegekben vannak a vörösök, de a capillarisokban igen gyakran vörös vérsejtet egyáltalában nem látni, egész lumenüket szorosan egymás mellé préselt fehér vérsejtek töltik ki. A közölt II. sz. esetben leirt összenövés képe élénken emlékeztet a közönséges exsudativ lobok eredményeire.

A chorioidea ereiből kiinduló vérzések nem gyakoriak. A vér nem a chorioidea szövetébe, hanem a retina alá (I. esetem), vagy a retinát átszakitva az üvegtestbe ömlik. (*Saemisch*).

Az ismertetett esetekből kitünik, hogy a fehérvérűség mellett keletkező szemfenéki elváltozások igen különböző természetűek. Egy részük a lobos folyamatok ismertető jeleit látszik magán viselni, míg más részük egyszerű vérzésekben nyilvánul; az elváltozásoknak egy harmadik, főképen górcső alatt észlelhető csoportja pedig degenerativ jeleggel bir. Ezen három tényező alkotja meg a retinitis leukaemicának oly annyira változatos képét. Hol az egyik, hol a másik tünetcsoport lép előtérbe: nagyfokú lobos képződmények kevés vérzéssel, valamint nagyszámú vérzések minimalis lobtünetekkel egyaránt előfordulnak.

A leukaemiás kórjelenségek létrehozásában két tényező működik közre: első sorban a nagy mértékben elszaporodott fehér vérsejtek s ezeknek az edényekből való kivándorlási tendentiája, másodsorban az edényfalaknak az általános táplálkozási zavar okozta megbetegedése. Az előbbi tényező hozza létre a legkülönbözőbb szervekben a fehérvérűség specifikus termékeit: a lymphoid újképződéseket, a második tényező okozza főképen a bőr alatti kötőszövetben és a végereinél fogva erre praedisponált retinában a vérzéseket épen úgy, mint a véralkatnak más kóros megváltozásainál is, pl. az anaemia perniciosánál vagy albuminuriánál. Így magyarázhatjuk meg a retinitis leukaemica sok alakúságát. Megjegyzendő, hogy a retina megbetegedései a fehérvérűségnek mind a három alakjánál felléphetnek s a bántalom eredete és foka által nem befolyásoltatnak.

A látászavarok minőségét a boncztani elváltozások határozzák meg. Egyesek scotomákat találtak a nagyobb vérzéseknek vagy foltoknak megfelelőleg, *Becker* pedig az esetét ben közölt retina mögötti gócz látótéri helyén metamorphopsiát észlelt.

A retinitis leukaemica lefolyásáról és prognosisáról kevés a mondani való. Úgy a vérzések, mint a beszűrődések visszafejlődésre képesek (különösen gyermekeknél), azt több esetből láttuk, de rendszerint változatlan vagy fokozott mértékben fennállanak az exitus bekövetkeztéig.

Irodalom:

1. *Liebreich:* Deutsche Klinik 1861. Nr. 50. (Graefe-Saemisch: Handbuch der Augenheilkunde).
2. *Liebreich:* Atlas der Ophthalmoscopie.
3. *Th. Simon:* Med. Centralblatt 1868. Nr. 53 (Graefe-Saemisch: Handb. d. Aug.)
4. *O. Becker:* Archiv f. Ohren- u. Augenheilkunde I. 1. 94. l.
5. *Saemisch:* Zehender's Monatsblätter VII. 305. l.
6. *Th. Leber:* Zehender's Monbl. VII. 312.
7. *Th. Leber:* Graefe-Saemisch: Handbuch d. Aug.
8. *Th. Leber:* Graefe's Archiv f. Ophthalmologie 24. I. 295. l.
9. *Roth:* Virchow's Archiv XLIX. 441. l. (Jahresbericht über die Ophth. 1870. 341. l.)
10. *Reincke:* Virchow's Archiv L. 1. 399. l. (Graefe-Saemisch: Handb. d. Aug.)
11. *Perrin:* Gazette des Hôpitaux Nr. 48. 1870. (Jahresber. über die Ophth. 1870.)
12. *Perrin:* Gazette des Hôp. Nr. 53. 1874. (Jahresber. ü. d. Ophth. 1874. 418. l.)
13. *Poncet:* Archiv de phys. norm. et path. 496. l. (Jahresber. ü. d. Ohpth. 1874. 418 l.)
14. *Tillaux:* (Jahresbericht ü. d. Opthalm. 1874. 418. l.)
15. *Deutschmann:* Klinische Monatsblätter XVI. 231. l.
16. *Deutschmann:* Beiträge zur Augenheilk. IX. füz.
17. *Oeller:* Graefe's Archiv 24. III.
18. *Kramsztyk:* Jahresber. ü. d. Ophth. 1878. 226. l.
19. *Michel:* Deutsch. Archiv f. klin. Med. XXII. 5., 6. (Jahresber. ü. d. Ophth. 1878. 226 l.)
20. *Quincke:* Deutsch. Archiv f. klin. Med. XXVII. 4. (Jahresber. ü. d. Ophth. 1880. 236. l.)
21. *Litten:* Jahresber. ü. d. Ophth. 1889.
22. *Kerschbaumer:* Graefe's Archiv 41. III.
23. *Gowers:* Ophthalmosc. in d. inn. Medizin.
24. *Heinzel:* Ophthalmosc. in d. inn. Medizin.

Az iridectomia befolyása a glaucoma prognosisára 99 hosszabb ideig észlelt eset alapján.

Irta: *Waldmann Béla* dr. szemklinikai gyakornok.

Ma már köztudomású, hogy a glaucoma ajánlott operálási módjai közül egyedül az iridectomia az, mely a betegség gyógyításában eredményesnek bizonyult. A külföldi literaturában *Graefe, Hirschberg, Logetschnikow, Wagner, Sulzer Nettelship, Stedman Bull, Gruening, Laska* stb.-től találunk ez irányban kimerítő statistikákat, míg a magyar irodalomban *Grósz Emil* közli a budapesti egyet. szemklinikán végzett glaucoma-ellenes iridectomiák közvetlen eredményeit. De mint már ő is jelezte, az iridectomia hatékonyságáról csakis hosszabb észlelés után nyerhetünk biztos felvilágosítást. Arra nézve ugyanis nincs eltérés, hogy az iridectomia a glaucoma inflammatoriumot hosszú időre is meggyógyítja, az is kétségtelen, hogy a glauc. haemorrhag. ritka eseteiben kárt is okozhat, de az operált glaucoma simplex esetek sorsáról még nincs biztos tudomásunk.

E kérdés eldöntése czéljából az egyetemi szemklinikán az utolsó 23 év alatt iridectomiával operált glaucomások (összesen 690) közül azoknak írtam, kiknek pontos lakczímük volt (275) s kérdést tettem jelenlegi látásukról, a helybelieket pedig személyes jelentkezésre kértem fel. A kérdőlapok közül csak 86 járt eredménynyel, míg a többi részint elköltözés, részint elhalálozás folytán válasz nélkül maradt.

Eseteimet három táblázatba osztottam, mivel az összehasonlítás kedvéért a glauc. simplexen kivül, még a glauc. inflammatoriumra is kiterjeszkedtem. Rövidség okáért a műtét előtti állapot kivonatolásánál mellőztem a diagnosisnak megfelelő cardinalis tünetek leirását és csak az absolut visus, a glauc. simplex eseteiben még a látótér felemlítésére szorítkoztam s ugyanezen okból a műtét utáni közvetlen eredmény közlésekor csak a sima lefolyású gyógyulástól való eltéréseket vázolom az ápolási napok száma és az absolut visus kiséretében. A válaszok rovatában pedig egyes helyeken az absolut visus található, mivel az illetők személyesen jelentkeztek; kivánatos lett volna ezt valamennyi esetben eszközölni, de épen betegeink socialis helyzete és lakóhelye ezt lehetetlenné tette.

A 99 eset valamennyiében iridectomia történt széles kimetszéssel.

A hasonczélú dolgozatok között legtöbb figyelmet a *Laskáé* érdemel, ki 39 glauc. simplex alapján a műtét óta eltelt átlagos 5 évi időtartam után eszközölt megfigyeléseket közli, ezzel szemben az alább közlendő statistikának azon előnye van, hogy a műtét óta eltelt időtartam átlaga hét év. Úgy hiszem az is előnyére válik, hogy egyöntetű anyagra vonatkozik, t. i. azon majdnem negyedszázados időre, mely idő óta *Schulek Vilmos* tanár a budapesti egyet. szemklinika igazgatója. Épen ez teszi a statistika közlését e helyütt indokolttá.

A) Glaucoma in stadio prodromorum esetei:

Sor-szám	A műtét napja	Név, kor, nem	A látás műtét előtt	A műtét után való közvetlen állapot	A műtét óta eltelt idő	A szem jelenlegi használhatósága	Jegyzet
1	1883 szept. 13	O. L.-né 62 éves nő	v = 5/10 ?	19 nap mulva: v = 5/15	17 év	Irni, olvasni képes	Másik szemen glaucoma absol.
2	1888 május 5	Sz. J.-né 47 éves nő	v = 5/30	9 nap mulva: Simán gyógyult, látásvizsgálat nem történt	8½ év	Irni, olvasni képes	Másik szemen glaucoma chronicum
3	1889 május 4	B. M.-né 50 éves nő	v = 5/7	9 nap mulva: v = 5/10	7½ év	Nem lát semmit	Másik szemen absolut glaucoma
4	1890 nov. 28	K. J.-né 73 éves nő	v = 5/7	10 nap mulva: v = 5/30	6 év	Irni, olvasni képes	—
5	1892 febr. 16	Cs. J.-né 53 éves nő	v = 5/7 ?	11 nap mulva: v = 5/10 ?	4¾ év	Irni, olvasni képes	Másik szemen glaucoma absolutum
6	1892 febr. 27	T. K.-né 60 éves nő	v = 5/10	17 nap mulva: v = 5/30	4¾ év	Irni, olvasni képes	Másik szemen glaucoma absolutum
7	1893 márcz. 11	H. J. 57 éves férfi	v = 5/5 ?	9 nap mulva: v = 5/15 ?	3½ év	Irni, olvasni képes	Másik szemen glaucoma absolutum
8	1893 nov. 14	L. K. 47 éves férfi	v = 5/50?	6 nap mulva: v = 5/30	3 év	Irni, olvasni képes	Másik szem állapota L. 10 sorszám
9	1893 nov. 21	N. J. 52 éves férfi	v = 5/15	8 nap mulva: v = 5/15	3 év	v = 5/10 ?	Másik szemen glaucoma absolutum
10	1894 márcz. 22	L. K. 48 éves férfi	Látásvizsgálat nem történt	9 nap mulva: v = 5/20	2½ év	Irni, olvasni képes	Másik szem állapota: L. 8. sorszám
11 12	1894 április 21	T. J. 64 éves férfi	Isz. v = 5/10 Bsz. v = 5/7	8 nap mulva: J. sz. } v = 5/15 B. sz. }	2½ év	Irni, olvasni képes	—
13	1894 decz. 5	S. B.-né 60 éves nő	v = 5/9	9 nap mulva: v = 5/12	2 év	Látása járásra elégséges	Másik szemen Phthisis bulbi
14	1895 febr. 16	T. F.-né 56 éves nő	v = 5/7	9 nap mulva: v = 5/30	1¾ év	v = 5/15 ?	Másik szemen glaucoma absol.
15	1895 május 14	F. B.-né 50 éves nő	v = 5/18	9 nap mulva: v = 5/18	1½ év	v = 5/10 ?	Másik szemen glaucoma absol.
16	1895 julius 18	W. M.-né 62 éves nő	v = 5/20 ?	10 nap mulva: v = 5/30	1½ év	Látása járásra elegendő	Másik szemen glaucoma absol.
17	1895 aug. 17	B. S.-né 60 éves nő	v = 5/12	11 nap mulva: v = 5/20	1½ év	Irni nem tanult. Munkaképes	Másik szemen glaucoma fere absol.

B) Glaucoma inflammatorium esetei:

Sor-szám	A műtét napja	Név, kor, nem	A látás műtét előtt	A műtét után való közvetlen állapot	A műtét óta eltelt idő	A szem jelenlegi használhatósága	Jegyzet
1	1876 szept. 7	M. J. 35 éves férfi	v = 1 mét. olvas ujjakat	10 nap mulva: v = 5/50	20 év	Látása járásra némileg elegendő	Ugyanezen szem cornealapnak kből a közepén cicatr. simpl. A másik szemen Phthisis bulbi
2	1878 szept. 11	S. S.-né 50 éves nő	v = 5/10?	12 nap mulva: v = 5/10?	18 év	10 évig látott, jelenleg nem lát semmit	Másik szemen glauc. fere absol.
3 4	1881 ápril. 5	B. M.-né 57 éves nő	J. sz. v = 4 m. o. u. B. sz. v = Tárgylátás nincs	16 nap mulva: J. sz. v = 5/25, B. sz. v = 5/15	15 3/4 év	Irni, olvasni képes	—
5	1882 márcz. 11	S. M.-né 62 éves nő	v = 5/10	23 nap mulva: v = 5/10	14 3/4 év	Látása járásra elégséges	Másik szemen glauc. absol.
6	1883 aug. 8	M. Gy.-né 43 éves nő	v = 3·5 mét. olvas ujjakat	15 nap mulva: v = 5/20	13 1/2 év	Irni, olvasni, varrni képes	Másik szemen glauc. et catar. nd matura
7 8	1884 nov. 25	J. A. 58 éves férfi	J. sz. v = 3 m. o. u. B. sz. v. = 5 mét. olv. ujjakat	9 nap mulva: J. sz. } B. sz. } v = 5/7	12 év	1893-ban meghalt, addig (9 év) irni, olvasni képes volt	—
9	1885 márcz. 21	Sz. J.-né 60 éves nő	v = 5/15	8 nap mulva: v = 5/20	11 3/4 év	Látása járásra elégséges	—
10	1885 jun. 2	D. A.-né 46 éves nő	v = kézmozgást lát	12 nap mulva: v = 1 1/2 m. olv. ujj.	11 1/2 év	Irni, olvasni képes	Másik szemen glauc. fere abs.
11	1886 decz. 11	M. J.-né 48 éves nő	v = 5/15	10 nap mulva: v = 5/30	10 év	Irni, olvasni képes	Másik szemen glauc. absol.
12	1887 febr. 12	D. A.-né 50 éves nő	v = 5/20?	12 nap mulva: v = 5/20	9 3/4 év	Irni, olvasni képes	Másik szem ép
13	1887 máj. 7	S. G. 56 éves férfi	v = 5/5?	7 nap mulva: Látásvizsgálat nem történt	9 1/2 év	Irni, olvasni képes	Másik szemen glauc. fere absol.
14	1887 decz. 28	R. F.-né 48 éves nő	v = 5/50	9 nap mulva: v = 5/15?	9 év	v = 5/10?	
15	1888 szept. 11	B. L.-né 51 éves nő	v = 5/7	13 nap mulva: v = 5/20	8 év	Megh. 1891, addig (3 év) irni, olvasni képes volt	Másik szemen glauc. absol.
16	1889 febr. 23	S. M. 42 éves nő	v = 5/70	12 nap mulva: v = 5/20?	7 3/4 év	Irni, olvasni képes volt	
17	1889 jul. 31	E. S.-né 57 éves nő	v = 1/2 mét. olv. ujjakat	13 nap mulva: 1 m olv. ujj.	7 1/2 év	Látása járásra elégséges	Másik szemen glauc. absol.
18	1889 aug. 24	S. L.-né 46 éves nő	v = 2/50	14 nap mulva: v = 3 m. olv. ujj.	7 1/2 év	Látása járásra elégséges	Másik szemen glauc. chron.
19	1890 febr. 1	P. V.-né 48 éves nő	v = 5/30?	14 nap mulva: v = 5/70	6 3/4 év	Irni, olvasni képes	
20	1890 szept. 16	P. Gy.-né 49 éves nő	v = 5/70	12 nap mulva: v = 5/10	6 év	Irni, olvasni képes	Másik szemen L. 18. sz.
21	1890 decz. 6	P. Gy.-né 49 éves nő	v = 5/20	13 nap mulva: v = 5/15	6 év	Irni, olvasni képes	Másik szemen L. 17 sz.
22	1891 ápr. 17	R. K.-né 60 éves nő	v = 5/15	14 nap mulva: Látásvizsgálat nem történt	5 1/2 év	Nem lát semmit	Másik szemen glauc. absol.
23	1891 okt. 3	R. S.-né 63 éves nő	v = 5/7	12 nap mulva: Látásvizsgálat nem történt	5 év	v = 5/15	Másik szemen glauc. absol.
24	1892 febt. 27	V. J.-né 51 éves nő	v = 5/15	12 nap mulva: v = 3/70	4 3/4 év	Látása járásra teljesen elegendő	Másik szemen glauc. fere absol.
25	1892 ápr. 13	V. M. 62 éves férfi	v = 5/50	13 nap mulva: v = 5/30	4 3/4 év	Irni, olvasni képes	Másik szemen glauc. absol.
26	1893 máj. 16	M. B. 44 éves férfi	v = 3 mét. olv. ujj.	9 nap mulva: v = 3 m. olv. ujj.	3 1/2 év	Látása járásra is alig elégséges	Ugyanezen szemen 1/2 év mulva hályog-műtétet eszközöltek v = 4/10. Másik szemen glauc. absol.
27	1893 jun. 11	Sz. J.-né 67 éves nő	v = 5/60	8 nap mulva: v = 5/18	3 1/2 év	Irni, olvasni képes	Másik szemen glauc. absol.
28	1894 márcz. 31	Sz. F. 56 éves férfi	v = 5/15	10 nap mulva: v = 5/10?	2 3/4 év	Irni, olvasni képes	Másik szem ép
29	1894 máj. 29	S. J.-né 62 éves nő	v = 5/20	13 nap mulva: v = 3 m. olv. ujj.	2 1/2 év	Látása járásra elégséges	Másik szemen glauc. absol.
30	1894 jun. 12	L. J. 69 éves férfi	v = 5/30?	8 nap mulva: v = 5/20	2 1/2 év	Irni nem képes szemével, de egyébként jól lát vele	Másik szem ép
31 32	1894 okt. 13	P. P.-né 52 éves nő	J. sz. v = 5/20 B. sz. v = 5/30	11 nap mulva: J. sz. v = 5/50 B. sz. v = 5/15	2 év	Irni, olvasni, varrni képes	

Sor-szám	A műtét napja	Név, kor, nem	A látás műtét előtt	A műtét után való közvetlen állapot	A műtét óta eltelt idő	A szem jelenlegi használhatósága	Jegyzet
33	1894 okt. 13	Cs. J.-né 40 éves nő	v = 5/18	10 nap mulva: v = 5/30	2 év	Látása járásra elégséges	Másik szemen glauc. absol.
34	1894 decz. 23	M. G. 69 éves férfi	v = 5/15 ?	7 nap mulva: v = 5/20	2 év	Látása járásra elégséges	Másik szemen glauc. absol.
35	1895 szept. 12	Dr. Sz. A.-né 34 éves nő	v = 5/7	9 nap mulva: v = 5/30	1 év	Irni, olvasni képes	Másik szem ép

C) Glaucoma simplex esetei:

Sor-szám	A műtét napja	Név, kor, nem	A látás műtét előtt	A műtét után való közvetlen állapot	A műtét óta eltelt idő	A szem jelenlegi használhatósága	Jegyzet
1	1879 decz. 2	S. J.-né 46 éves nő	v = 5/5	11 nap mulva: v = 5/15	17 év	Irni, olvasni képes	Másik szemen glauc. absolut.
2 3	1880 febr. 21	K. Gy. 46 éves férfi	J. sz. v = 5/10 ? B. sz. v = Szem előtt olv. u. Jobb látótér felül kissé, belül felényire szűkült. Bal látótérnek csak külső fele van meg.	10 nap mulva: J. sz. v = 5/10 ? B. sz. v = 1/3 mét. olv. ujj.	16½ év	Mindkét szemével lát. Irni, olvasni képes	Bal szemre vonatkozólag bővebbet nem tudunk
4	1881 ápril. 26	B. J. 31 éves férfi	v = 5/7	13 nap mulva: v = 5/10	15½ év	13 évig látott, de 2 év óta nem lát semmit	Másik szemen glauc. absolut.
5	1881 május 10	H. J. 39 éves nő	v = 5/15. Látótér felül és belül kissé szükült	10 nap mulva: v = 5/15 ?	15½ év	Látása járásra elegendő	
6	1881 okt. 4	J. M. 54 éves férfi	v = 5/10 ?	12 nap mulva: v = 5/20 ?	15½ év	11 éven át irt, olvasott, jelenleg nem lát semmit	Másik szemen glauc. absolut.
7 8	1882 május 9	T. J. 49 éves férfi	J. sz. v = 5/30 B. sz. v = 5/30 ?	12 nap mulva: J. sz. v = 5 mét. olv. ujj. B. sz. v = 3½ m. olv. ujj.	14½ év	1888-ban meghalt. Addig azonban (6 évig) irt és olvasott	
9	1884 okt. 4	F. J. 52 éves nő	v = 5/30 ? Látótér felül kissé szükült	13 nap mulva: v = 5/20 ?	12 év	Irni, olvasni képes	
10 11	1884 decz. 13	U. M. 46 éves férfi	J. sz. v = 5/10 B. sz. v = 5/15	11 nap mulva: látásvizsgálat nem történt	12 év	Irni, olvasni képes	
12	1885 május 12	M. M. 52 éves nő	v = 5/7	12 nap mulva: v = 5/15. A coloboma külső szára a sebhez húzódik	11½ év	Látása járásra elegendő	
13	1886 márcz. 30	K. S. 58 éves nő	v = 5/10 ?	10 nap alatt simán gyógyult, látásvizsgálat nem történt	10½ év	Irni, olvasni képes	
14	1886 decz. 28	G. H. 67 éves férfi	v = 5/15	9 nap mulva: v = 5/20	10 év	Látása járásra elegendő	Másik szemen glauc. absolut.
15	1887 febr. 5	P. J. 54 éves férfi	v = 5/7	11 nap mulva: simán gyógyult, látásvizsgálat nem történt	9½ év	Egy év alatt látását elvesztette	Másik szemen glauc. absolut.
16	1888 okt. 13	T. Gy. 43 éves férfi	v = 5/15	14 nap mulva: v = 5/30	8 év	v = 5/15	Másik szemen glauc. absolut,
17	1888 nov. 10	V. A. 62 éves férfi	v = 5/10 ? Látótér szabad	12 nap mulva: v = 5/20	8 év	Irni, olvasni képes	Másik szemen glauc. absolut.
18 19	1890 ápril. 15	R. A. 64 éves nő	J. sz. v = 5/15 B. sz. v = 5/70	11 nap mulva: J. sz. v = 5/15 B. sz. v = 5/70	6½ év	3½ évig bár fokozatosan gyengülve látott, azóta vak	
20	1890 május 31	Sz. M. 50 éves férfi	v = 5/30	11 nap mulva: v = 5/30	6½ év	1 év alatt teljesen megvakult	
21 22	1890 jul. 8	K. K. 49 éves nő	J. sz. } v = 5/12 ? B. sz. }	20 nap mulva: J. sz. v = 4 mét. olv. ujj. B. sz. v = kézmozgást lát. Gyógyulás ideje alatt sebrepedés. Punctio corneae	6½ év	Nem lát semmit	

Sor-szám	A műtét napja	Név, kor, nem	A látás műtét előtt	A műtét után való közvetlen állapot	A műtét óta eltelt idő	A szem jelenlegi használhatósága	Jegyzet
23	1891 márcz. 10	G. S. 58 éves nő	Látásvizsgálat nem történt	14 nap mulva: v = 5/30	5½ év	Irni, olvasni képes	Másik szemen glauc. fere absolut.
24	1891 márcz. 31	D. J.-né 42 éves nő	v = 5/15	13 nap mulva: v = kézmozgást lát	5¾ év	Nem lát semmit	
25	1891 ápr. 28	E. M. 69 éves férfi	v = 5/24	14 nap mulva: v = 4 m. olv. ujj.	5½ év	Nem lát semmit	Másik szemen glauc. absolut.
26	1891 szept. 15	Sz. J. 69 éves férfi	v = 5/15	13 nap mulva: v = 5 m. olv. ujj.	5 év	Három hónap alatt megvakult	
27	1891 szept. 19	L. Zs. 53 éves férfi	v = 5/7? Látótér felül és belül a centrumig szűkült	11 nap mulva: v = 5/30	5 év	Nem lát semmit	
28	1892 márcz. 8	S. M. 60 éves férfi	v = 5/5. Látótér felül felényire szűkült	11 nap mulva: v = 5/10	4½ év	v = 5/7	Másik szemen glauc. absolut.
29	1892 május 7	G. A. 42 éves férfi	v = 5/15. Látótér szabad	9 nap mulva: v = 4/70. Coloboma külső szára a sebhez nőtt	4½ év	Irni, olvasni képes	
30	1892 szept. 6.	T. J. 58 éves nő	v = 5/9. Látótér felül kevéssé szűkült	14 nap mulva: v = 5/18	4½ év	Irni, olvasni képes	Másik szemen glauc. absolut.
31	1893 febr. 21	B. Zs. 40 éves nő	v = 5/7. Látótér minden irányban szűkült	9 nap mulva: v = 5/7?	4 év	Irni, olvasni képes	Másik szemen glauc. absolut.
32	1893 aug. 22	Sz. M. 36 éves férfi	v = 5/15	11 nap mulva: v = 5/20	3½ év	Látása csak járásra elégséges	Másik szemen glauc. absolut.
33 34	1893 szept. 9	K. F. 51 éves nő	J. sz. } v = 5/7 B. sz. }	11 nap mula: J. sz. v = 5/15 B. sz. v = 5/7	3½ év	Látása csak járásra elegendő	
35	1893 okt. 6	B. J. 29 éves nő	v = 5/18?	15 nap mulva: v = 5/36	3 év	Két hónap alatt teljesen megvakult	Másik szemen glauc. absolut.
36 37	1893 nov. 11	Sz. Gy. 69 éves férfi	J. sz. v = 5/20? B. sz. v = 5/20 Jobb látótér felül majdnem a centrumig, belül kissé szűkült	9 nap mulva: J. sz. v = 5/15 B. sz. v = 5/20	3 év	Irni, olvasni képes	
38	1894 febr. 6	P. A.-né 49 éves nő	v = 5/15. Látótér felül centrumig szűkült	15 nap mulva: v = 5/50	2¾ év	Kézmozgást lát	
39 40	1894 márcz. 13	M. A. 31 éves férfi	J. sz. } v = 5/20 B. sz. } Látóterek concentrikusan szűkültek	9 nap mulva: J. sz. } B. sz. } v = 4/70 Három nappal a műtét után sebet repesztett	2½ év	Látása járásra is alig elégséges	
41	1894 május 6	S. S. nő	v = 5/20. Látótér szabad	8 nap mulva: v = 5/20?	2½ év	Látása járásra elegendő	
42	1895 ápr. 23	B. B. 68 éves férfi	v = 5/10. Látótér felül, belül kissé szűkült	13 nap mulva: v = ½ mét. olv. ujj. Csarnokban vér, coloboma külső szára a sebhez huzódik	1½ év	Látása járásra is alig elegendő	Másik szemen glauc. absolut.
43 44	1895 szept. 17	K. G. 57 éves férfi	J. sz. v = 5/5 B. sz. v = 5/10 Mindkét látótér felül kissé, belül majdnem a centrumig szűkült	10 nap mulva: J. sz. v = 5/7? B. sz. v = 5/30?	1½ év	J. sz v = 5/10 B. sz. v = 3 mét. olv. ujj. Mindkét látótér erősen szűkült, belül a centrumig	
45	1895 szept. 24	M. A. 58 éves nő	v = 5/9. Látótér concentrikusan szűkült	10 nap mulva: v = 5/18	1½ év	Látása járásra elegendő	Másik szemen glauc. absolut.
46 47	1895 nov. 5	Zs. J. 36 éves férfi	J. sz. v = 5/15 B. sz. v = 5/30 Látótér a jobb szemen felül belül kissé; bal szemen concentrikusan majdnem a centrumig szűkült	13 nap mulva: J. sz. v = 5/20? B. sz. v = 5/50	1 év	Irni, olvasni képes	

E táblázatokból kitünik a következő:

Eseteim összege 86 egyénen 99 primaer glaucoma; a másik szemen 42 egyénen absolut glaucoma volt. A műtét óta eltelt idő átlaga hét év. A legrégibb 20 év, a legrövidebb egy év.

A) Glaucoma in stad. prodr. 17 eset. Közülök:

a) Irni, olvasni képes, azaz I. rendü eredményt mutat . . . . . I. r. e. 14 } = 94%.
b) Látása csak járásra elegendő II. r. e. 2 }
c) Nem lát semmit . . . . . III. r. e. 1 = 6%.

Tehát a glauc. prodr. eseteiben az iridectomia eredménynyel járt 94%-ban, eredménytelen volt 6%-ban.

B) Glaucom. inflammat. 35 eset. (Legnagyobb része chronikus.) Közülök:

a) Irni, olvasni képes . . . . I. r. e. 21 } = 94%.
b) Látása csak járásra elegendő II. r. e. 12 }
c) Nem lát semmit . . . . III. r. e. 2 = 6%.

E III. r. két eset közül az egyik (*B*. Tábl. 2. sz. eset) a műtét után még 10 évig munkaképes volt. Tehát a glauc. inflammatorium eseteiben az iridectomia eredménynyel járt 94%-ban. eredménytelen volt 6%-ban.

E két táblázat által feltüntetett gyógyeredményhez nem szükséges magyarázat, mert egyedül a számok által is eléggé kifejezésre jut azon köztudomású tény, miszerint az iridectomia a glaucoma gyuladásos alakjainál kitünő szolgálatokat tesz.

C) Glaucoma simplex 47 eset. Közülök:

a) Irni, olvasni képes . . . . I. r. e. 20 } = 70%.
b) Látása csak járásra elégséges II. r. e. 13 }
c) Nem lát semmit . . . . III. r. e. 14 = 30%.

Ez utóbbi III. r. esetek közül kettő (*C*. Tábl. 4. és 6. sz.) a műtét után még 10 éven túl munkaképes volt. Az I. r. eseteknél a műtét óta eltelt idő átlaga hét év, a II. r. eseteknél hat év. Tehát a glaucoma simplex eseteiben az iridectomia eredménynyel járt 70%-ban, eredménytelen volt 30%. E kedvező százalék-arány jóval túlhaladja a *Laskáét*, mivel ő 39 esete közül csak 19-nél, azaz alig 50%-ban, mutat fel kedvező eredményt, míg a többi 20-nál az iridectomia daczára elveszett a látás.

Végül felemlítem, hogy többen, *Graefe, Schweigger, Hirschberg*, úgy vélik, hogy glaucoma simplexnél még nem nagyon csökkent visus mellett is, csak azon esetben várhatunk kedvező eredményt az iridectomiától, ha a megkisebbedett látótér legszükebb része a centrumtól 10°-nál távolabb van, ellenkező esetben pedig az iridectomia daczára rohamosan elveszti a szem látását. E nézet eseteink alapján nem nyert beigazolást. Ugyanis hét[1], többé-kevésbbé a centrumig szükült látótérrel biró eset közül csak kettő nem lát, míg öt igen s ez utóbbiaknál a műtét óta eltelt idő átlaga öt év.

Mindezekből az következik, miszerint az iridectomia a glaucoma simplexnél is igen üdvös hatást gyakorol, mert az esetek nagyobb részében éveken át elhárítja a szem megvakulását, sőt a nagyon szükült látótér mellett is jó sikerű eseteket mutathatunk fel.

Irodalom.

A. v. Graefe. Ueber die Wirkung der Iridectomie bei Glaucom. (Archiv f Ophth. III. B. 2. Abtheil. 456.)
J. Hirschberg. Zur Prognose der Glaucom-Operation. Archiv. f. Ophth. XXIV. 1. 161.
Logetschnikow. Ueber die Indicationen zur Iridectomie und sclerotomie bei Glaucom. (Jahresbericht 1889.)
W. Wagner. Einiges über Glaucom im Anschluss an einen Bericht über meine Erkrankung an Glaucom. Archiv f. Ophthalm. XXIX. 2. 280. l.
E. Fuchs. Lehrbuch der Augenheilk. 1889.
Grósz Emil. A glaucoma gyógykezeléséről. Szemészet, 1891. 5. sz.
A. v. Graefe. Beiträge zur Pathologie u. Therapie des Glaucoms. Archiv f. Ophthalm. XV. 3. k.

Neuritis retrobulbaris acuta.

Irta: *Leitner Vilmos* dr., szemklinikai gyakornok.

Már 30 éve, hogy *Graefe*[1] a neuritis retrobulbaris acutát először ismertette, azóta több hasonló esetet mutat fel az irodalom, számos magyarázó fejtegetéssel rendelkezünk, mégis sok oly részlet van ma is, mely nem kellőkép tisztázott. Oly betegséggel szemben azonban, melynek boncztani lényegét igen ritkán van alkalmunk kideriteni, ezen nem igen csodálkozhatunk. Arra vagyunk főképen utalva, hogy a tüneteket lehető pontosan és minél többször észlelve, összefüggésükre nézve a helyes magyarázatot megtaláljuk. Az ok s a betegség székhelyének megállapitása észszerű következtetéssel kisérlendő meg.

Czélom tehát a következőkben az irodalom adatainak felhasználásával, négy, a budapesti egyetemi szemklinikán észlelt eset kapcsán a bántalom tünettanára vonatkozó ismereteinket összefoglalni.

Hirtelen támadt látásromlások esetén, midőn a szemtükör a baj mibenlétére nézve felvilágositást nem nyujt, a *centralis scotoma* az, mely diagnostikus mérlegelésünket rögtön szük határok közé tereli. A látótér ily korlátolt részének kiesése a látóideg csak egy körülirt kötegének megbetegedésére vezethető vissza. A chronikus neuritisekre vonatkozólag e köteget *Samelsohn*[2] vizsgálatai óta jól ismerjük. Közös tünete lévén a centralis scotoma a chronikus és az acut neuritis retrobulbarisnak, a megbetegedés localisatiója is ugyanaz kell hogy legyen.

Míg azonban a gyuladás a chronikus alaknál állandóan csak a papillo-macularis rostokra korlátozódik, legalább eleinte, addig az acute fellépőnél megtörténhetik, hogy a lobfolyamat a szomszédos rostokra is átterjed s nemcsak a centralis látást, de egyáltalán még a quantitativ látást is megszünteti.

A centralis scotoma által a többi *negativ szemfenéki leletet* nyujtó amblyopiáktól jól körülhatárolt esetek okai iránt eltérők a nézetek. Az iránt sincs megállapodás, hogy a chronikus és acut neurit. retrobulb. közös okra vezethetők-e vissza, avagy talán a kettő egészen más befolyások eredménye.

Samelsohn a neuritis retrobulbaris tünetcsoportjait mutató megbetegedésnek tekintet nélkül az aetiologiára, fellépési és lefolyási módjára, *egyöntetű boncztani* alapot tulajdonitva, statisztikájában a nervus opticus betegségei közt aránylag gyakorinak (37%) mondja, *Wilbrand*[2] ellenben a *neuritis axialisról* mint ritkább betegségről beszél. Az ellentmondás nyilván onnan származik, hogy Wilbrand a neurit. axialis névvel csak a nem toxicus eredetű, mindkét szemen hirtelen keletkezett neuritis retrobulbarist illeti. Adott leirásából eseteit *neuritis retrobulb. acutának* vehetjük. Következőleg festi a neur. axialis képét. A látásromlás mindkét szemen hirtelen, ha nem is egyenlő hevességgel támad. A fixáló pont egyszerre ködbe borul, a tárgyak mintha meleg levegőben rezegnének. Functionalisan szabad látótérperipheria mellett, melyben a színek is jól felismertetnek, a bántalom kezdetén függélyes ovalis alakú centralis scotoma mutatható ki, melynek legnagyobb átmérője merőlegesen áll a foveát és a vakfoltot összekötő egyenesre és a rögzitő pontot kifelé túlhaladja. Később a scotoma csúcsával a Mariotte-féle folt felé tekintő háromszög alakúvá lesz. A scotoma mindig negativ s ez, valamint a metamorphopsiák hiánya kizárja a retinalis positiv scotomát. A scotoma területében a fehér felismerése is hiányzik, ellentétben a toxikus amblyopiák scotomáival, melyek csak színre vonatkoznak, tehát relativak. A szemfenéken kezdetben elváltozás nem található, később a papilla elhalványodása

[1] Arch. f. Ophthalm. XII. 2.
[2] Archiv. f. Ophth. XXVIII. 2.

[1] *C*) Tábl. 3., 27., 36., 38., 43., 44., 47. esetek.
[2] Klin. Monatsbl. 1878.

mutatkozik. Egy szemen még nem volt alkalma e bántalmat észlelnie.

E szerint *Wilbrand* a neuritis axialist a toxikus eredetű amblyopiáktól igyekezett lehetőleg *szétválasztani*, mint oly két kóralakot, mely tüneteiben több ponton találkozik. A centralis scotoma, negativ ophthalmoscopikus lelet, mindkét szem egyidejű megbetegedése közös a kettőnél; míg azonban dohány és alkohol intoxicatiók folytán lassan és fokozatosan fejlődik ki a rossz látás, többnyire előrehaladott korú, testileg is megviselt, étvágytalan, álmatlan egyéneknél, addig a neuritis axialis inkább fiatal, erős egyéneknél támad hirtelen, többnyire ismeretlen okból. Ha azonban a toxikus hatás kizárt, hajlandó rheumatikus befolyást feltételezni.

A meghülést 1870-ben *Schiess-Gemuseus*[1] vette fel először oki mozzanat gyanánt egy hirtelen történt megvakulás esetében, mely egy nő bal szemét érte. A papilla kissé vörösnek látszott, venák valamivel tágabbak. Fájdalmasság az orbitában és az orbitaszélek mentén. Az aránylag jelentéktelen elváltozások kiséretében talált súlyos látászavart, mely teljes gyógyulással végződött, a nerv. opticus kötőszövetében székelő gyuladásnak rótta fel, mely rheumatikus alapon keletkezett.

Nem sokkal később már *Schweigger*[2] is meghülésre vezetett vissza egy embolia arteriae centr. ret. képe alatt megjelent, de gyorsan javult esetet. A megvakulás hirtelen támadt az egyik szemen; a látás visszatértével normalis kiterjedésű látótér mellett centralis scotoma, később a papilla atrophiája volt kimutatható. Utóbb több hasonló eset kapcsán oda nyilatkozik, hogy a negativ szemtükri tünetekkel járó *egyoldali* hirtelen látásromlások a látóideg acut retrobulbaris gyuladásából magyarázandók. *Schmidt-Rimpler*[3] e felfogást a *mindkét szemen* fellépő hasonló megbetegedésekre is kiterjeszti, míg *Schweigger*[4] ezek székhelyét a csekélyebb gyógyulási hajlam miatt inkább a chiasmán túl, a centrumhoz közelebb supponálja.

A rheumatikus alap azóta számos esetben és majd minden észlelőtől (*Leber*,[5] *Deutschmann*,[6] *Vossius*,[7] *Händel*,[8] *Perlia*,[9] *Landesberg*[10]) elfogadtatott. *Michel* valószínűnek tartja, hogy a feltételezett rheumaticus befolyás mellett rendszerint más tényező is szerepel, nevezetesen tuberculosis, nephritis, cerebrospinalis megbetegedés.

A rheumatikus befolyás *hatásának módját és helyét* illetőleg is elég változatos felfogásokkal találkozunk. *Graefe*[11] a neuritis retrobulb. acutát más analog idegbajok szerint rheumatikus exsudatiónak tartja a neurilemmába. Az idegben talán csak csekélyebb fokú gyuladás folyik le, s csak góczokban jelentkezik; a durvább szöveti elváltozás nem terjed folytonosságban az idegben tova, mint a descendáló neuritisnél, így tehát a papillán sem találhatunk feltünő eltéréseket, legalább eleinte nem. A papilla diffus zavarossága és csekély duzzanata transitorius természeténél fogva mint interstitialis oedema volna magyarázható. Az arteriák szűkültségét s a venák kisfokú tágságát is érthetővé tenné a foramen opticum körül székelő lobfolyamat, mely az ideghüvelyben venné kezdetét ott, hol a venák és arteriák még külön vannak: a lobtermék egyrészről a duralis ideghüvelyben futó arteria összenyomatása által a retinalis erek szűkülését okozza, másrészt az idegelemek compressiója folytán a látászavart idézi elő.

A bántalom fészkének Graefetől származó ezen tisztán elméleti úton történt localisatióját Samelsohn vizsgálataival gyakorlatilag is beigazolva találjuk. Kiderült, hogy a látóideg partialis affectiója a foramen opticum magasságában meginduló lobfolyamat által van feltételezve.

[1] Klin. Monatsbl. 1870.
[2] Jahresbericht. 1871.
[3] Klin. Monatsbl. 1877.
[4] Lehrb. der spec. Augenhk. 1873.
[5] Arch. f. Ophth. XV. 3.
[6] Beiträge z. Augenhk. VI.
[7] Klin. Monatsbl. XXI.
[8] Inaugur.-Diss. Berlin. Jahresber. 1885.
[9] Klin. Monatsbl. XXIV.
[10] Klin. Monatsbl. XXIV.
[11] L. c.

Ezen a helyen találta leginkább együtt azon tényezőket, melyek a nervus opticus centrumában futó rostok isolált megbetegedését előidézhetik. Az ideg csontos falak közé kerül, itt veszi fel második hüvelyét, s ez által külön nyiroküreggel, a subduralis űrrel vevődik körül. Az ideg belsejében dús hajszáledény-hálózat van, míg a capillaris edényzettség a peripherián ritkább. Ebből következik, hogy az ártalomnak keringési zavar esetén első sorban a középső részekben kell nyilvánulnia, ott, hol az exsudatio a legélénkebb s kisebb mértékben vagy egyáltalán nem fog zavar támadni a peripherián, hol a nyirokáramlás a legszabadabb. Érthető az is, hogy adott ok folytán előbb származik kár oly helyen, hol a nyirokkeringés a változott circulatiós viszonyokhoz, a környező merev csontos fal miatt nem alkalmazkodhatik, mint egyébütt, hol e tényező nem szerepel.

A mint elfogadható és a tünetekkel jól összhangzásba hozható ama nézet, mely szerint a vérrel keringő toxinok a látóidegnek vérrel legdúsabban ellátott részét, a középen haladó köteget támadják meg legelőbb és főképen, úgy mutatis mutandis e felfogás más *hevesebben ható okok esetén is számot tarthat a jogosultságra*.

A localisan, de hatásában a toxinoknál intensivebben nyilvánuló ártalom hatásmódja is akkép magyarázható, hogy a papillomacularis rostok bántalmának *közvetítőjeként* hirtelen támadó *perineuritist* vehetünk fel, mely a ható ok hevessége szerint különböző súlyosságú lehet. A látóideg hüvelyébe történő exsudatio az ideg belsejében keringési zavarra ad okot, s bár feltételezhetjük, hogy a látóideg keresztmetszetének peripheriája is szenved a megszaporodott subduralis folyadék alatt, de tapasztalat szerint még sem annyira, hogy az idegrostok vezetőképességüket elvesztenék. Ellenben az ideg közepén futó és a megváltozott, kóros keringési viszonyokkal szemben úgy látszik érzékenyebb macularis kötegek működésükben zavart szenvednek el s így a látótér normalis peripheriája mellett megjelenik a *centralis scotoma*, a neuritis retrobulbaris acutának nevezett tünetcsoport characteristiconja.

Kórisménknél a hirtelen támadt látásromlás mellett kimutatható ezen centralis scotomára támaszkodva, nem hagyhatjuk figyelmen kivül a *kisérő tüneteket* sem. Ezek a neuritis retrobulbaris acutánál a gyuladás hevessége szerint különbözők. Gyakori jelenség a *fájdalmasság*, mely a megbetegedett szem mozgásainál lép fel, de a nyugalmi helyzetben is fenáll, s az orbita mélyébe localizálódik; olykor a környezetre is kisugárzik, sőt hemicrania jellegét öltheti fel, máskor ismét csak a szem hátranyomását mondja a beteg fájdalmasnak. *Hock*[1] azon irányból, melyben a szem forgása a legnagyobb vagy kizárólagos fájdalmat idézi elő, a bántalom székhelyét is meghatározhatni véli. Ha például a felfelé nézésnél a legerősebb fájdalmasság mutatkozik, akkor a gyuladás főhelye alul van a vagina nerv. opticiban. A fájdalmasságot tényleg a közölt idevágó esetek jó részében feltaláljuk. Ha jelen van, becses tünetként értékesítjük a toxicus neuritis retrobulbarissal szemben, melynél az soha sem fordul elő (*Uthoff*).[2] Azonban a rheumaticus acut neuritisek kiséretében sem jelentkezik állandóan; *Leber*[3] szerint különösen az egy oldaliaknál találkozunk vele.

Az acut gyuladás részjelenségeiként mutatkozik olykor a *szemhéjak puffadtsága, vizenyője* és kisebb-nagyobb fokú *protrusio bulbi*, mint az orbitában székelő lobfolyamat által okozott collateralis oedema. E heves tüneteket *csak egyoldali* bántalmak egyes eseteiben találtam felemlítve.

A neuritis retrobulbaris acutának az irodalomban ismertetett esetei, melyekre eddig hivatkozás történt, mint egyedül a látóidegben localizált megbetegedésről szólnak. Már *Graefe*[4] is úgy nyilatkozott, hogy e betegség intracranialis folyamatokkal nem szokott complicálódni. S ha *Landesberg*[5] esetében az egy oldalt keletkezett acut neuritis retrobulbaris mellett

[1] Wiener Med. Blätt. 1883.
[2] Arch. f. Opthalm. 1887.
[3] l. c.
[4] l. c.
[5] l. c.

a n. facialis is megbetegedett, ezt csak az bizonyitja, hogy a n. opticus sem foglal el kivételes állapotot a rheumatikus idegmegbetegedések között. A mint a nedves, légvonatos helyen való dolgozás a facialis paresisét képes volt előidézni, úgy az opticus egyidejű bántalma csak támogatja a neuritis retrobulbaris acutának rheumatikus okból való származhatását. Találunk azonban néhány oly észleletet is, mely a szóban forgó látóidegbajt egyéb idegrendszeri megbetegedéssel igyekszik összefüggésbe hozni. Igy *Achard*,[1] *Guinon*,[1] *Fitzgerald*[1] említik, hogy gerinczagyi, illetve agyi bántalmak léptek fel neuritis retrobulbaris acuta után.

Ujabban *Elschnig*[2] irt le négy esetet, melyekkel myelitis acuta szövődött. Az I. esetben heves meghülés, a III.-ban influenza után mindkét szemen hirtelen megvakulás állt be, mig a II. és IV. esetben ismeretlen okból keletkezett ugyancsak mindkét oldali gyorsan kifejlődő amaurosis. Mind a négy egyénnél heves fájdalmak voltak jelen a szem mozgásainál, illetve a bulbusra gyakorolt nyomásnál. A szemfenéken mutatkozó tünetek jelentékenyek. Az I.-nél a papilla vörös, fátyolozott, a környező retina borús; a jobb papilla felső széle mentén több csikszerű vérzés; fovea reflexe alig kivehető, foveától kifelé és felfelé számos apró, rendetlen elhelyeződésű sárga foltocska. Fényérzés egyik szemen sincs. Öt hó mulva a látásélesség a jobb szemen a rendesnek $^1/_4$-e ($^6/_{24}$), a balon $^1/_3$-a ($^6/_{18}$); látóterek szabadok (!), vörös és zöld felismerése bizonytalan. Az élesen határolt papillák külső fele erősen, a belső fél kevésbbé halvány. Erek szűkek. A II. esetben a papillák hyperaemikusak, kis fokban zavarosak. Fényérzés hiányzik. Öt hét elteltével a látás mindkét szemen teljes. Látóerek szabadok, szinlátás normalis; szemfenék ép. A III. alatt közölt betegnél mindkét papilla zavaros, erősen hyperaemikus, kidagadt; retina normalis. Fényérzés csak a jobb szemen van. Két hónap mulva a látás a jobb szemen a rendes $^1/_{10}$-re visszatért, a balon csak három méterről olvasott ujjakat. Papillák sárgás-fehér szinűek, erek szűkek, perivasculitis nincs. Látóterek szabadok (!), a vörös és zöld szinek egyáltalán nem ismertetnek fel. Mind a három beteg szembajának javulása közben myelitis acuta tünetei közt megbetegedett és ideggyógyászati osztályra lőn áthelyezve; myelitisök gyógyult. Nem ily kedvező véget ért a IV. helyen közölt nőbeteg. A teljes megvakulás heves fejfájás kiséretében ismeretlen okból nála is rövid idő alatt következett be. Mindkét szemfenék körülbelül ugyanazon tüneteket mutatja: papillak vörösek, zavarosak, duzzadtak; az elváltozások a retinára is messze kiterjednek. Papillák körül concentrikus sárga sáv látható; retinalis venák tágak, kanyargósak. Fovea reflexe bágyadt, fovea körül több szürkés-sárga petty. A beteg hat hét után myelitis miatt ideggyógyászatra helyeztetett át, hol tizenhárom nap mulva a cerebralis és bulbaris tünetek fokozódása közt meghalt.

A tetemből vett látóidegek anatomikus vizsgálata mindkét idegre nézve azonos leletet adott. A nerv. opticus a szemtekétől a chiasmáig s azon túl a tract. opticusig egész keresztmetszében degeneráltnak mutatkozott, sőt a *capsula internából vett agyrészlet* is egészen hasonló elváltozásokat mutatott. Papilla és a retinának belső fele a lefolyt gyuladás maradványai mellett az idegelemek elfajulását tüntette fel. Magában a látóidegben az elváltozások az agyhoz közelebb eső részekben kifejezettebbek voltak.

Az eset tanulságos az irányban, hogy a látóideg megbetegedésének agyi illetve gerinczagyi acut folyamatokkal való combinatióját demonstrálja. A központi idegrendszerben és a n. opticusban lezajlott folyamat ugyanazon természetű, s valószinűleg ugyanazon ok következménye is. Hogy ez az ok a rheumatismus supponált mérge, valamely fertőző anyag vagy más valami, azt el nem dönthetjük. Csodálkoznunk azonban nem kell, ha a látóideget a központi idegrendszerrel együtt látjuk szenvedni, hiszen általános felfogás, hogy a látóideg is tulajdonkép az agynak egy részlete. Eléggé bizonyitja különben a látóideg szoros összefüggését és rokonságát a központi idegrendszerrel az a gyakoriság, melyben a kettő megbetegedését tényleg együtt találjuk. Példakép talán elég, ha a tabes dorsalisra utalunk; az idegelemek sorvadásával járó sclerotizáló folyamat, mely a gerinczagyban lefoly, hányszor lép fel a nerv. opticusban is olyankor, midőn még semmi más agyideg bántalmazottsága sem mutatható ki! Sőt ismert tény az is, hogy a degenerativ folyamat a látóidegben sokszor jóval előbb constatálható, mint a gerinczagyban. Képzelhetetlen-e hát, hogy nemcsak ily regressiv, hanem productiv folyamatok is találkozzanak együtt a látóidegben és a centralis idegrendszerben? *Elschnig* esetében a megvakulás és a gerinczagyi tünetek fellépése közt alig telt el egy hónap, tehát az időbeliség a kettő összetartozósága mellett szól, azonos boncztani tünetek meg éppen bizonyitók e tekintetben.

Ily szempontból itélve ez eset érdekes és teljes figyelmünkre méltó. Más kérdés marad azonban, hogy mennyiben járul hozzá a neuritis retrobulbaris acutáról alkotott fogalmaink tisztázásához.

A szemfének határozottan *a papillo-retinitis* minden jelét mutatta, bár ennek foka a súlyos látászavarral arányba nem hozható. E mellett a szemtekék érintés iránt való fájdalmassága, s a bántalom gyors kifejlődése, az egyedüli adatok, melyek az észlelő rendelkezésére állottak. E bizonytalan tünetek okául a posteriori kétségen kivül a látóidegben lefolyt gyuladásra mutathatunk, mely gyuladás az ideg *egész hosszában és keresztmetszetén székelt*; az elváltozásokat csaknem az agydúczokig követhetjük. Igaz tehát, hogy a kóros jelenségek főleg nem intraocularisak, hanem a bulbus mögött vannak. Meddig terjesszük ki azonban a „retrobulbaris" megjelölés határát? Az intracranialis elváltozásokat is egyszerüen szemteke mögött levőknek nyilvánitani, mégis kissé tág körü meghatározásnak látszik. S ha az agyhoz közelebb eső részek elváltozása a praedominálo, miért a „neuritis retrobulbaris" elnevezés? Véleményünk szerint a posteriori is helyesebb volna az esetben a neuritis acuta nerv. optici diagnosisa, mely inkább kifejezné a látóideg bántalmazottságát egész lefutásában.

A három először emlitett, spinalis bántalommal complicált amaurosisoknak is hasonló kórboncztani alapot tulajdonitva, arra a következtetésre kell jutnunk, hogy kétoldali, orbitalis fájdalmakkal járó hirtelen megvakulások esetén, ha diagnosisunkban a szemfenék tünetein eligazodni nem tudunk, a látóideg egész törzsének gyuladására is gondolhatunk, melynek *centralis* eredete mellett szól a központi idegrendszer hozzátársuló megbetegedése, valamint az, hogy a látás visszatértével sem mutatható ki scotoma. Az ily eseteket fogalomzavar elkerülése végett kivánatos volna szétválasztani azoktól, melyek tisztán helyi megbetegedés jellegével a n. opticus retrobulbaris *orbitalis* részére korlátozódnak, s az emlitettől abban különböznek, hogy már a látás töredékének visszanyerése után is megengedik a centralis scotoma kimutatását.

A következőkben a budapesti egyetemi szemklinikán észlelés alá került ily esetekről óhajtok beszámolni.

I. N. R. 19 éves fiatal ember 1896. október 22-én jelentkezett először azzal a panaszszal, hogy hét hét előtt mindkét szemének látása hirtelen megromlott. Ugyanakkor a szem mozgásainál, valamint a szemek érintésekor fájdalmakat érzett a szemgödrökben és homloka táján. Azon idő óta látása is rosszabbodott. Az elég jól fejlett, kissé anaemikus ifjú elmondja továbbá, hogy szülei és testvérei élnek, egészségesek, családjában senkinek szembaja nincs, illetve nem is volt. Ő maga is bajának keletkezéseig úgy a távolba, mint közelbe jól látott. Szembajának okát nem ismeri. Eddig nem dohányzott, szeszes italokkal nem élt vissza.

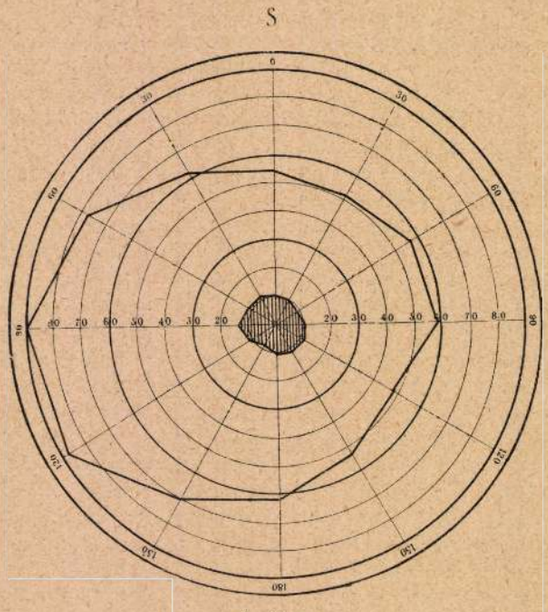
A jelentkezés napján látásélessége mindkét szemen $= {}^5/_{70}$. A tárgylátótér határai rendesek, a színeket szűkült határok között jól felismeri; a centrumon mindkét oldalt, a fixáló pontot magába záró, szabálytalan alakú, körülbelől 10°-nyi absolut scotoma található.

A szemeken külsőleg semmi kimutatható elváltozás nincs, törőközegek tiszták. Papillák belső fele elmosódott határok mellett kissé kiemelkedik, a külső felek éles határúak, a

[1] Arch. f. Augenheilk. 1893. 57—58.
[2] Ibidem.

rendesnél valamivel halványabbak. Venák teltebbek a normalisnál, az arteriákban rendellenesség nem constatálható. Retinák épek. A szemgolyóra gyakorolt nyomás kisfokú érzékenységgel jár. Idegrendszerének vizsgálata negativ eredményű.

Beteget a klinikára felvéve, sötét szobára utaltuk. Két nap mulva a látásélesség a jobb szemen önként $^5/_{50}$-re javult, a bal szemen azonban már csak $^3/_4$ méterről olvasta az ujjakat. Három gr.-os higanybedörzsölések közben a jobb szem állapota változatlan maradt, a bal szem tovább romlott, $^1/_3$ méterről való ujjolvasásig. Husz bedörzsölés után nyáladzás lépvén fel, a higanykúrát abbahagytuk s jodkalium használatára utalva a beteget, november 23-án elbocsátottuk. Ekkor jobb szemen $= ^5/_{50}$, bal szemen $= ^3/_4$ méterről olvas ujjakat. Látóterek változatlanok. Papillák belső felének határai kissé elmosódottak, a külső felek decoloráltak.



1. ábra.

Deczember 21-én újból bemutatta magát; jobb szemen $v = ^5/_{30}$, bal szemen $v = ^5/_{70}$. Jobb látótér kivül 15°-kal, a bal felül és kivül 10°-kal szűkült; színes látóterek rendes kiterjedésüek. Centrumban 6° kiterjedésű absolut scotoma, melyet oly övalakú terület vesz körül, hol a színeket sötétebb árnyalatúaknak mondja. Papillák élesen határoltak, kifejezetten halványak, főleg a külső fél. Venák teltek; retina ép.

II. G. A. 37 éves férfi 1896. január 9-én kereste fel a klinikát, előadva, hogy bal szeme egy hónap előtt rohamosan megromlott. Látásának hanyatlását egy este vette észre, midőn a templomból kijövet, hevült állapotában hideg légáram érte, mely után nemsokára szúró, égető fájdalmakat érzett bal szeme mögött, a fájdalmasság oldalttekintéseknél fokozódott s csakhamar látása is elhomályosult. Úgy vette észre, mintha a levegő rezegne előtte, utóbb a rögzitett tárgyak sötétebbeknek tüntek fel a környezetüknél, különösen ha erősebb világitásban vagy közelebbről nézte őket.

Felvételkor megejtett vizsgálat alkalmával azt találtuk, hogy látásélessége a jobb szemen $= ^5/_5$, a balon $= ^5/_{30}$. Bal szem külsőleg ép; a papilla mérsékelten fátyolozott, venák némileg tágabbak a rendesnél, különben semmi feltünő elváltozás sem található. Jobb szem teljesen ép. A bal szem normalis kiterjedésü tárgylátóere mellett, centralis, körülbelül 8°-ú, főleg a vörös és zöld színre vonatkozó relativ scotoma. (1. ábra.) A színek felismerése a peripherián jó.

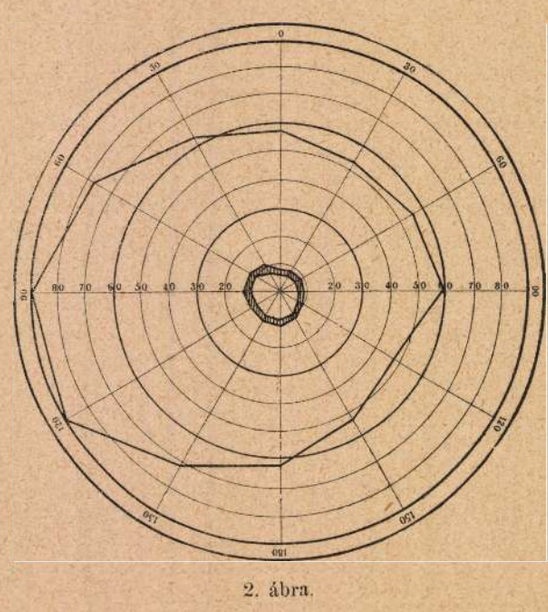
A csecsnyújtvány mögött alkalmazott localis vérbocsátásra s másodnapoként, összesen ötször végzett philocarpin-befecskendésekre állapota gyorsan javult, úgy hogy január 28-dikán elhagyhatta a klinikát; bal szemének látása ekkor csaknem teljes ($^5/_7$) volt. A centralis scotoma kisebb terjedelemben még fennáll; szemfenék változatlan.

Február 22-dikén újból elénk jött; elmondja, hogy látása a klinikáról való távozása óta jó volt, rendeletünkre nehányszor 1·5 gr. natr. salicylicumot is szedett napjában. Pár nap előtt azonban hideg, szeles időben tett hosszabb utazása után a bal szeme újból hirtelen megrosszabbodott; fájdalmai is jelentkeztek, de kisebb fokban, mint első megbetegedésekor. Vizsgálatnál kitünt, hogy bal szemén csak $1^1/_2$ méterről olvas ujjakat, a jobb szem látásélessége teljes. Bal tárgylátótér rendes, színek a normalis határokig jól felismertetnek; centralis relativ scotoma, mely most is főkép a vörös és zöld színre vonatkozik, de az első izben találtnál nagyobb kiterjedésü. Szemfenék csak annyiban tér el az első alkalommal leirt képtől, hogy a venák kissé kanyargósabbak. Egyébként a lelet negativ.

Két nap mulva a látásélesség önként $^5/_{20}$-ra javult; 10 inunctio után pedig $^5/_7$ lett. 15 bedörzsölést végezve, majdnem teljes látásélességgel ($^5/_5$?) elbocsátottuk. Centralis scotoma kisebbedett; objective csak a papilla kisfokú fátyolozottsága mutatható ki a venák tágsága mellett. A bedörzsölések folytatását ajánlottuk.

Márczius 30-dikán 30 inunctio után ismét megejtett vizsgálat eredménye a következő: visus a jobb szemen $= ^5/_5$, a bal szemen $= ^5/_5$? Bal szem tárgylátótere rendes, színek úgy a peripherián, mint a centrumban jól jeleztetnek. A fixáló pontot gyürü-alakban körülbelül 2° szélességü terület veszi körül, melyben a vörös és zöld szin elmosódik, előbbit barnásnak, utóbbit szürkének mondja a beteg. (2. ábra.) E területtől kifelé és centrum felé a szinlátás kifogástalan. Szemfenék teljesen ép.

Két hét mulva a lelet az utolsó vizsgálat eredményétől csak annyiban tért el, hogy a gyürüalakú pericentralis relativ scotomának alsó fele eltünt s csak felül volt egy keskeny csik alakjában kimutatható.



2. ábra.

Utoljára 1896. deczember 29-dikén láttam az egyént. Látásélessége mindként szemén teljes ($^5/_5$). Látótér normalis, scotomája nincs. *Szemfenéken rendellenesség nem található.*

III. esetünk F. S. 31 éves férfit illeti, ki 1896. november 16-dikán jelentkezett a klinikán azzal a panaszszal, hogy két hét előtt meghülést követőleg baloldali fülzúgása és szemkáprázása támadt. Egy hét óta fejszaggatások közben bal szemének látása nagy fokban hanyatlott. Szembaja eddig nem volt. Luesre nincs tünet; urinoscopia negativ.

Látásélessége jobb szemén $= ^5/_5$, a bal szemével csak $^1/_2$ méterről olvas ujjakat. Bal pupilla tágabb, direct fényre renyhén, consensualisan jól reagál. Tárgylátótér határai rendesek, a színes látótér kis fokban szűkült. Centralis 10°-ú absolut scotoma, melyet körülbelül 5° terjedelemben a színek iránt csökkent érzékenységü zóna vesz körül. (3. ábra.) Szemfeneki lelet teljesen negativ. A bal szem visszanyomása az orbitába érzékeny; minimalis protrusio bulbi.

A beteget külső körülmények folytán csak bejárólag kezelhetvén, szürke védő üveget és jodkaliumot rendeltünk el.

November 22-dikén történt újból való vizsgálatnál látását javultnak ($^5/_{70}$) találtuk. A szem mozgásai szabadok, a szemgolyóra gyakorolt hátranyomás alig jár érzékenységgel. Protrusio nem állapítható meg. Ophthalmoscopikus lelet egészen negativ. Látótérben lényeges változás nem állott be. Jobb szem teljesen ép. Jodkalium további használatára utaltuk.

A beteget azóta nem volt alkalmunk újabban vizsgálni.

IV. F. A. 25 éves férfi 1895. deczember 24-dikén jelent meg először, előadva, hogy bal szeme az orbitába localizált tompa fájdalmak kiséretében előtte ismeretlen okból hirtelen megromlott.

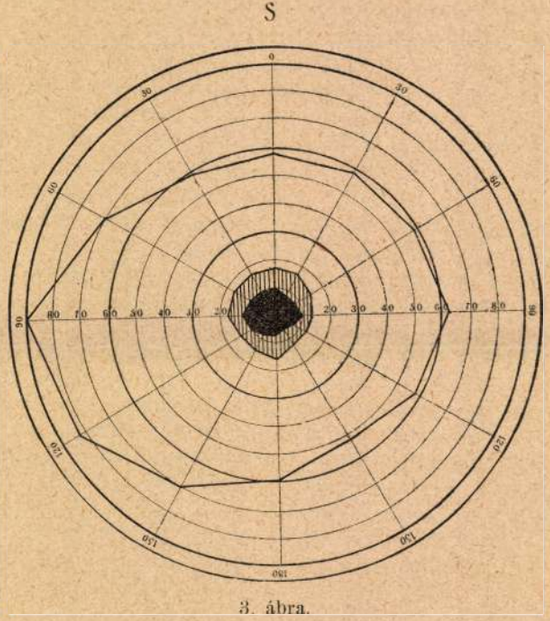
Látásélessége a jobb szemén teljes ($^5/_5$), a balon csak szem előtt olvas ujjakat. Tárgylátótér a bal szemen főkép belül és kivül szűkült, centralis nagy kiterjedésü relativ színscotoma. Bal papilla belső fele elmosódott határok mellett kiemelkedő, duzzadt, borús, a temporalis fél élesen határolt. Venák tágak, kissé kanyargósak. Retinán feltünő eltérés a rendestől nem mutatkozik. A szemteke hátranyomása heves fájdalmat okoz. Luesnek semmi nyoma; idegrendszerének vizsgálata kórosat nem derített ki. (Korányi Sándor magántanár.)

A bal csecsnyujtvány mögött alkalmazott helyi vérelvonásra és natr. salicyl. adagolásra 1896. január 3-dikán a bal szemen $1^1/_2$ méterről olvasta az ujjakat. További kezelésül 3 gr.-os higanykenőcs bedörzsölése rendeltetett, mire a javulás gyorsabban haladt előre.

Január 8-dikán visus a jobb szemen = $^5/_5$, a bal szemen $2^1/_2$ méterről ujjolvasás; január 26-dikán jobb szemen = $^5/_5$, bal szemen = $^5/_{20}$ a látás. Jodkalium rendeltetett.

Utolsó vizsgálat 1896. márczius 15-dikén történt, midőn a jobb szem látásélessége teljes ($^5/_5$), a bal szemé is csaknem ugyanolyan ($^5/_7$). Látótér vizsgálata nem volt megejthető. Bal papilla külső fele kifejezetten decolorált; retina ép. Ez esetet közlés czéljából Grósz Emil dr. magántanár privát feljegyzéseiből engedte át.

Az első esetben tehát mindkét szemen gyorsan támadt oly látásromlással állottunk szemben, melynek súlyossága az ophthalmoscopikus leletből magyarázható nem volt. A látótér peripherikus rendes határai mellett talált centralis scotoma az öröklési viszonyok és toxikus befolyások kizárása után és a subjectiv fájdalmasság figyelembe vételével a neuritis retrobulbaris acuta diagnosisára vezetett, mely felvételt az eset lefolyása is igazolja.



3. ábra.

Általános idegrendszerbeli zavarok nem jelentkeztek. A látóidegben localizált acut lob lezajlása után a papilla partialis atrophiája jelent meg. Hogy azonban a gyuladás nem maradt egészen a papillo-macularis rostokra szorítkozott, mutatja a centralis scotomán kivül később talált peripherikus látótér-szűkület, s a papilla belső felének, bár kisebb fokú elhalványulása is. Az eset gyógyulásra való csekély hajlamánál fogva is a súlyosabb alakok közé tartozik.

A második kóresetnek érdekességet kölcsönöz a különös lefolyása, a scotoma magatartása, valamint az a körülmény, hogy e betegség erősen dohányzó egyénnél fejlődött ki.

A hirtelen támadt nagyfokú látászavar gyorsan javulva a már elért csaknem teljes látásélességről ismét $1^1/_2$ méter ujjolvasásra sülyedt. A betegtől újabb meghülésre visszavezetett ezen hatalmas recidivát ritkának kell mondanunk a neuritis retrobulb. acutánál. Az irodalomban csak egyszer találtam felemlítve *Perlia*-tól,[1] ki azt egy mozdonyvezetőnél észlelte. Mások egyáltalán nem tesznek említést róla, mig *Schweigger*[1] több esete kapcsán mondja, hogy egyszer sem talált recidivát. A mennyiben pedig ily visszaesések a chronikus alakoknál nem tartoznak a ritkaságok közé, sőt a toxikus anyagokkal való újabb visszaélésre rendszerint be is következnek, esetünkben fokozott figyelemre méltó, miután alkalmas demonstrálni, hogy a dohányt bőven fogyasztó egyénnél keletkezhetik neuritis retrobulbaris, mely a recidivának typikus képét is mutatja, s a bántalom még sem tekinthető toxikus eredetünek. Mert ha az iránt eltérők is a vélemények, hogy acut neuritis retrobulbaris csak egy szemen keletkezhetik-e vagy mind a kettőn is, avagy hogy a toxikus neuritis acute is jelentkezhetik-e, a mint azt *Galezowsky*,[2] *Hirschler*[3] és *Kosminski*[4] állitották vagy csak chronikusan, abban valamennyi búvár megegyezik, hogy a toxikus neuritis mindig mindkét szemet, és pedig többnyire egyenlő mértékben támadja meg.

Tekintve, hogy betegünk látásromlását úgy az első izben, mint a recidiva alkalmával egész határozottan meghülésből származtatja, de főleg a bántalomnak csak egy szemen való hirtelen fellépését, alig támadhat kétség az iránt, hogy nem toxikus, hanem más, mondjuk rheumatikus okból eredő neuritis retrobulbaris acutával van dolgunk. E mellett szól az is, hogy egy évi észlelési idő alatt az illető, bár tanácsunk ellenére, tovább dohányozva, újabb recidivát nem szenvedett el, valamint jobb szeme is teljesen ép maradt.

A két utóbbi esetben a szemfeneki tünetek extrem ellentétét találjuk. Míg a harmadiknál teljesen negativ tükri kép kiséretében sülyedt a látás rohamosan $^1/_2$ méterről való ujjolvasásig, addig a negyedik esetben valóságos hemipapillitis tünetei mutatkoztak a quantitativ látás legalsó határa mellett. A kórismét mindkét esetben a látótér vizsgálata tette lehetővé, mely alkalommal a typikus centralis scotoma feltalálható volt.

***

A mondottak után a neuritis retrob. acuta kórképét igyekezve összeállitani, egységes alak felállitásától el kell állanunk, miután úgy a tünetekben, valamint a bántalom előidéző okaira és hatásának módjára nézve elég eltérést találtunk. A *közös tünetek* valamennyinél: hirtelen keletkezés, a centralis scotoma s a látásromlás súlyosságával össze nem egyeztethető szemfeneki lelet, melyekhez legtöbbször a subjectiv fájdalmasság is hozzájárul.

A látásromlás különböző fokú lehet, de többnyire igen jelentékeny és hamar el szokta érni tetőpontját. Hacsak a quantitativ látás egészen el nem veszett s csak igen kevés része is van meg, perimetrikus vizsgálattal a *scotoma* kiderítése sikerül. Ez rendszerint a fixálo pontot concentrikusan körülvéve, a vakfoltig terjed, ha nagyobb, azt túl is haladhatja; a rögzitő pontot magában nem foglaló, azzal csak határost, paracentralis névvel illetik, ellentétben az előbbi centralissal. Alakra nézve majd haránt, majd függélyes ovalis, máskor csúcsával a Mariotte-folt felé tekintő háromszögnek felel meg. E különböző alakú scotomákat az egyes kórformákkal is törekedtek bizonyos viszonyba hozni. Azt hiszem, nem sikerült eddig sem a chronikus, sem az acut alaknak a specialisan

[1] l. c.

[1] l. c.
[2] Jahresbericht 1871, 342. l.
[3] A magyar tudományos akademiában tartott előadás.
[4] Warschauer „Klinika". Jahresb. 1871, 345. l.

jellemző scotomáját kideriteni. Ugyanazon betegségnél a legkülönfélébb alakú scotomát találhatjuk, sőt ugyanazon betegnél is változhatik az alakja.

A neuritis retrebulb. acuta scotomái lehetnek *absolutak*, azaz területükben a quantitativ látás is hiányzik, vagy *relativak*, midőn a látás csak qualitative és pedig a színekre vonatkozólag változott.

A színek iránt való ezen megváltozott érzékenység két irányban jelentkezhetik, t. i. a beteg egyáltalán nem a mutatott szint jelzi, hanem egészen más szint mond vagy pedig a kérdéses szint látja ugyan, de más, rendesen sötétebb árnyalatban.

Első esetben tehát úgy mondhatnók, hogy a szinnek a *tonusa* változott meg, midőn például a vöröset barnának, a kéket zöldnek, a fehéret kékesnek látja a beteg, mig ellenben az utóbbinál csak *nuance*-ban szenvedett a szinváltozást, az által, hogy sötétebbnek mutatkozik. Természetesen a színek megváltozott felismerésének első fajat csak akkor tarthatjuk kórosnak, ha a látótér peripheriáján s esetleg a másik ép szemen is, a szinlátást normalisnak találtuk.

Rendesen úgy állnak a viszonyok, hogy a centralis absolut scotomát körülveszi egy *ovalakú relativ* scotoma jellegével biró terület, melynek kimutatása a vizsgáló türelmétől, de nem kevésbbé a beteg intelligentiájától függ.

A betegség javulása a scotoma kisebbedésével szokott megindulni. Ez vagy úgy történik, hogy az absolut rész a *peripheria* felől kezd relativvé válni, vagy a már kezdettől fogva relativ scotoma a szélek felől kisebbedik, mig végre csak egy kis centralis területen mutatható ki megfelelő kis objectumokkal.

Samelsohn ezt tekinti szabálynak, mely alól számos esetében egy kivételt sem észlelt. *Uthoff*[1] azonban már elismeri, hogy ritka esetben az ellenkező is tapasztalható, t. i. a scotoma nem a szélek, hanem a *közép felől* kezd feltisztulni. Igy alakult a scotoma változása második esetünkben is. Először a centralis rész tünt el, később a megmaradt gyürűalakú területnek az alsó fele, mig végre a hátralevő felső fél is feltisztult. A nélkül, hogy ez egy esetből következtetést vonni akarnék, feltünőnek találom mégis, hogy Samelsohn 37 toxikus neuritisének egyike sem mutatta e jelenséget, mig a közlésem tárgyát képező négy acut alak közül máris egy esetben feltaláltam. Megjegyzem még, hogy a két utolsó esetnél ismételt látótérvizsgálat lehetetlen volt, úgy hogy csak a bántalom kezdetén fennállott scotomáról van tudomásom.

A bántalom aránytalanul *gyakrabban* észlelhető *egy* szemen, mint mind a *kettőn*, s inkább fiatal egyéneknél, főleg *férfiaknál*.

A neuritis retrobulbaris acuta *diagnosisában* a szemtükri lelet csak negativ szerepet játszik. Semmi elváltozás épp oly kevéssé enged következtetést a bántalom mibenlétére, mint az excessiv gyuladásos tünetek, melyek inkább komolyabb baj felvételét tennék indokolttá.

Positiv bizonyító ereje van azonban a centralis *scotomának*, a mely, ha egyáltalán perimetrikus vizsgálat lehetséges, a neuritis retrobulb. acuta minden esetében kimutatható. E mellett a tárgylátótér határai rendesek vagy ritkábban peripherikus szűkületet mutatnak.

Teljes amaurosis esetén természetesen csak a *kisérő egyéb tünetek* támogathatják kórisménket. Ezen tünetek között a legértékesebb a *hirtelen keletkezés*, melyet igen sokszor *fájdalmak* előznek meg, sőt a már beállott látásromlással együtt hosszabb ideig is fennállhatnak. Rendszerint az orbita mélyébe localizált fájdalomról van szó, melyet a szem mozgásai vagy a szemteke hátranyomása fokoznak. Különösebb gülyt e fájdalmasságra akkor fektessünk, ha mindkét szem egyidejű megbetegedése forog fenn, s a kezdet, mint ilyenkor szokott lenni, nem rohamos. Ilyenkor tehát a toxikus neuritis retrobulbarissal szemben a jelenlevő fájdalmasság jó szolgálatot tehet elkülönitő kórisme szempontjából. A fájdalmasság a legnagyobb valószinűség szerint az ideghüvely egyidejű bántalmazottságából s nem magának a látóidegnek megbetegedéséből származik, mint azt *Elschnig*[1] hajlandó felvenni. Erre enged legalább következtetni az a körülmény, hogy nem valamennyi esetben jelentkezik; élettani ismereteink után is inkább úgy gondolnók, hogy a látóidegnek, mint tisztán sensorius idegnek a gyuladása csak látászavart és nem fájdalmasságot okoz.

Gyógykezelésünknek e betegség jól hozzáférhető. Az esetek többnyire frissen kerülnek elénk, miben jó része van nyilván a fájdalmaknak, de nem kevésbbé a látásromlás hirtelen bekövetkezésének is, mely még a kevésbbé intelligens és indolens beteget is megijeszti és hamarosan tanácsunk kikérésére utalja.

A *gyors* beavatkozás, acut gyuladásról lévén szó, az elérhető siker érdekében is *fontos*.

Eljárásunk általános *diaetetikai* és gyógyszeres, nevezetesen *antiphlogistikus* és *felszívó*. Kivánatos, hogy a beteg sötét szobában tartózkodjék s szemmunkát egyáltalán ne végezzen. Vérelvezetés czéljából a bélhuzamot szabadon tartjuk, esetleg helyi vérvonást is eszközölhetünk.

Hasznosnak bizonyult szereink a pilocarpin. muriat. subcutan, higanykenőcs-bedörzsölések, jodkalium, natr. salicyl stb., melyekkel a gyuladás termékeinek felszivódását sokszor meglepően gyorsan sikerül előidéznünk.

A neuritis retrobulbaris acuta *prognosisa* általában *kedvező*. Az objectiv szemfeneki tünetekből a lefolyás minőségére következtetés alig vonható, mert jelentékenyebb elváltozások daczára is, a gyógyulás teljes lehet; mindkét szem bántalmazottsága esetén azonban még enyhébb tünetek mellett is rosszabb kimenetel várható. Ugyszintén súlyosbítja a kórjóslatot az *absolut* scotoma is, melynek teljes feltisztulása alig várható és többnyire a bekövetkező partialis atrophiát engedi sejtetni. A látótér *peripheriájának szűkülete* egymagában még nem rontja a prognosist, komolyabb következményektől tarthatunk, ha e szűkület *hemianopiás* jellegű lesz, mint azt *Vossius*[2] egy idevágó esete igazolja.

A betegséget előidéző ártalmak természetére nézve meglehetős homályban vagyunk. Az esetek jó részénél igaz, meghülési viszonyok derithetők ki és okolhatók legközvetlenebbül, a többieknél ellenben sem a beteg, sem mi magunk plausibilis okot találni nem tudunk. Hogy acut infectiosus betegségek, menstruationalis anomaliák vagy általában az úgynevezett gyengitő befolyások mennyiben tehetők felelőssé, eldöntetlen. Lehet, hogy e gyengitő tényezők csak disponálnak valamely általunk még közelebbről nem ismert hátránynyal szemben vagy mint *Deutschmann*[3] mondja, a rheumatismus keringő mérge a locus minoris resistentiaevé lett ideghüvelyt bántalmazná.

Mindezek azonban csak hypothesis értékével birnak, döntő bizonyiték sem egyik, sem a másik irányban nem áll rendelkezésünkre. Eddigi ismereteink szerint csak annyit mondhatunk, hogy a neuritis retrobulbaris acuta aetiologiája, mint általában a gyuladásos idegbántalmaké, nem egységes. Több körülmény játszhatik közre ugyanazon tünetcsoport létrehozásában, s ha ezek közül egy többször szerepel, mint esetünkben az úgynevezett meghülési viszonyok, az minden esetre magára tereli figyelmünket, bár lehet, hogy az csak esetleges, s mögötte más valódi ok rejlik. Ennek kideritése tehát még további pontos megfigyelések és kutatások feladata kell, hogy legyen.

[1] l. c.

[1] l. c.
[2] Klin. Monatsbl. XXI.
[3] l. c.

Budapest, 1897. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető: Müller Ágoston.) Dorottya-utcza 14. sz.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEMI
II. SEBÉSZETI KLINIKUM

Negyvenegyedik évfolyam. 8. szám. *Budapest, 1897. február 21.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A veszettségellenes védoltások újabb eredményeiről és egy definitiv Pasteur-intézet felállításának szükségességéről.[1]

Hőgyes Endre tanártól.

T. Akademia!

A veszettségelleni védoltásokra vonatkozó vizsgálatokról ezelőtt 11 évvel az 1885. november 15-diki ülésen tettem előterjesztést a t. Akademiának; azután időről időre ismertettem a kérdés fejlődését az itthon megejtett ellenőrző vizsgálatok alapján. Utolsó jelentésemet e tárgyban az 1893-dik év november 13-diki osztályülésen adtam elő, melyben 647 általunk itt Budapesten védoltott egyén sorsáról számoltam be a t. Akademiának.

Ha most újra felveszem a kérdést, teszem azt a következő okokból:

I. Röviden megismertetni kivánom a t. Akademiával e gyógyításmód egyetemes elterjedését a különböző országokban és az ez által elért gyakorlati eredményeket.

II. Jelentést kivánok tenni az eredeti Pasteur-féle gyógyításmód általam történt módosításának embereken elért eredményeiről, a mely módosításnak állatokra való alkalmazásáról annak idején a t. Akademiának jelentést tettem.

III. Végre ez úton kivánom a nyilvánosság előtt is hangsúlyozni és úgy a törvényhozás, valamint a magas minisiteriumok figyelmét felhivni egy definitiv Pasteur-intézet minél gyorsabb felállításának szükségességére.

I.

Pasteur 1885-ben októberben tett jelentést az első veszettebmarta egyén esetéről, kinél sikerült neki védoltásaival megakadályozni a veszettség kitörését. Mint ismeretes, ekkor az egész világ figyelme Páris felé fordult. A világ minden részéből tódultak oda a veszetteb-marottak, valamint egyes orvosok, kik igyekeztek az új gyógyitásmódot elsajátitani és visszatérve azt hazájukban meghonositani. Tudjuk nemsokára Párisban közadakozásból egy nagyszerű Pasteur-intézet létesült. Hasonló Pasteur-intézetek keletkeztek azután egyéb országokban. Igy mindjárt 1886-ban Oroszországban 5 intézetet állitottak fel: *Szent-Pétervárott, Moszkvában, Odeszában, Samarában,* egyet a lengyel *Varsóban*; ugyanez évben Olaszországban kettőt, egyet *Turinban*, egyet *Nápolyban*; Amerikában szintén egyet: *Buenos-Airesben.* Ezeket követte 1887-ben a Pasteur-intézetek felállításával: *Pádua* (Olaszország), *Palermo* (Sicilia), *Barcelona* (Spanyolország), *Konstantinápoly* (Törökország), *Charkow* (Oroszország); 1888-ban *Tiflis* (Oroszország), *Bukarest* (Románia), *Rio de Janeiro* (Amerika); 1889-ben *Milano, Bologna* (Olaszország); 1890-ben *New-York* (Amerika), *Budapest, Chicago* (Amerika); 1891-ben *Saigon* (Cochinchina), *Jassy* (Románia); 1893-ban *Krakkó* (Galiczia); 1894 *Calcutta* (Bengalia), *Tunis* (Afrika), *Bécs* (a hol már 1886-ban elkezdték, de abbanhagyták az antirabikus oltásokat). Ezeken kivül még védoltó intézeteket rendeztek be: Lissabonban, Sumlában, Mexikóban, újabban Samarkandban. E különböző intézetekben 1886-tól 1895-ig terjedőleg több mint 54,000 veszetteb-marta egyén kapott antirabikus védoltást, úgy hogy a gyógyitásmód értékességének megitélésére elegendő statistikai adatokkal rendelkezünk.

Ez intézetekben a mondott idő alatt végzett védoltásokról és azok eredményeiről a következő statistikai kimutatások adnak számot, melyeket részint a szakirodalomban megjelent, részint az egyes Pasteur-intézetek igazgatóitól hozzám beküldött adatokból állitottam össze:

I. tábla A) (L. 89. l.). *14 antirabikus intézet egyetemes statistikája 1886—1895-ig.* (E táblában az egyes intézetek a halálozási kimutatásba nem vették fel az olyanokat, a kik későn jöttek a védoltásokra.)

I. tábla B) (L. 89. l.). *10 antirabikus intézet egyetemes statistikája 1886—1895-ig.* (E táblában az egyes intézetek adataiban nincsen kimutatva, hogy a halálozási számba felvették-e a későn jelentkezetteket-e vagy nem?)

Összevonva e két táblázat végeredményét, kitünik, hogy a 24 antirabikus intézet védoltottjai összesen 54,425-re rúgnak 423 lyssa halálesettel, a mi átlag 1% halálozási aránynak felel meg, a mely százalék oly intézeteknél, melyek a halálesetek közé nem veszik fel a védoltásra későn jött egyéneket, leszáll 0·5%-ra vagy az alá és azoknál sem emelkedik feljebb 2·70%-nál, a kik beszámitják a halálesetek közé az oltásra későn jelentkezetteket is.

Tiz évi elég nagyszámú statistikai tapasztalat áll tehát jelenleg rendelkezésünkre, hogy felállithassuk a tételt, miszerint *a veszettkutya-mart emberek között az antirabikus védoltások a 15—16% egyetemes halálozási arányt leszállitják 1½—1%, sőt az alá; mig tehát az antirabikus védoltások nélkül a veszettkutya-marottak közül minden 6—7-dik emberen kitör a veszettség, a védoltottak közül átlag véve csak a 100-dik vagy kedvezőbb esetben csak az 500-dik vagy 800-dik ember kapja meg azt.*

Ez egyetemes statistikai adatok részletesebb ismertetését és fejtegetését — mely egészen a szükebb szakkörök elébe tartozik —, a mennyiben azokat még a nagy magyar belgyógyászati kézikönyvben nem közölhettem, a *Nothnagel* tanárnak Bécsben most megjelenő nagy belgyógyászati kézikönyvében közlöm.

II.

A második tárgy, a miről e kérdésre vonatkozólag jelentést kivánok tenni a t. Akademiának, *az antirabikus védoltások azon módosítása által elért gyakorlati eredményekre vonatkozik,* melyet a budapesti Pasteur-intézetben léptettem életbe, azon előzetes állatkisérletek alapján, melyekről összefoglalólag az 1888. október 15-dikén tartott ülésben értekeztem.

Az ekkor megismertetett részletes kisérletek kimutatták, hogy állatokat veszettség ellen immunissá tenni és veszettebmarta állatokat a veszettség kitörésétől megszabaditani nálunk, a mi laboratoriumi viszonyaink között jobban, biztosabban és egyszerübben sikerül azzal a módszerrel, a mit Pasteur eredeti módszerének módosítása gyanánt mi alkalmaztunk, mint magával a Pasteur-féle classikus módszerrel.

[1] Előadatott a M. Tud. Akademia III. osztályának 1897. február 15-diki ülésén.

I. Tábla A) 14 antirabikus intézet egyetemes statistikája 1886—1895 ig.

Igazgató	Hely	Felállítás éve	1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	Az összes védoltak száma	Halottak száma	Egyetemes halálozás %-ban
Pasteur	Páris	Évi mortalitás % 1886	0·94	0·79	0·55	0 38	0·32	0 25	0·22	0·36	0·50	0 13			0·47%
		1885 XI/1.	2671	1770	1622	1830	1540	1559	1790	1648	1381	1520	17,337	83	
Prof. Bordoni-Uffreduzzi	Turin	1886 IX/30.	34	231	254	261	364	375	223	222	247	343	2,554	22	0·86%
Prof. Cantani Prof. Cardarelli	Nápoly	1886 VIII.	61	128	74	123	107	102	217	146	156	155	1,269	12	0·94%
Dr. Davel	Buenos-Aires	1886 IX/4.	19	77	236	259	254	285	313	327	211	—	1,981	14	0·70%
Dr. Diatroptoff	Odessa	Évi martalitás: 1886		0·78%	1·11%	0·27%	0·14%	0 12%	0	0·26%	0·21%	0			0·24%
		XI/23.	—	386	448	740	708	840	633	775	942	1238	6,710	16	
Prof. Giovanni	Pádua	1887	—	77	14	78	49	51	48	111	—	—	428	1	0·23%
De Blasi és Russo Travali	Palermó	1887 III.	—	108	160	149	202	235	229	270	461	407	2,221	10	0·45%
Dr. Dos Santos	Rio de Janeiro	1888 II/9.	—	—	II/9. — XII/31. 1728								1,728	8	0·46%
Dr. Segré	Milanó	1889 VII/7.	—	—	—	1% 65	99	168	0 74 148	168	0 54 79	106	833	10	1·20%
Prof. Ivo Novi	Bologna	1889 VII/17.	—	—	—	133	259	150	204	346	611		1,703	2	0·11%
Dr. Gibier	New-York	1890 II/18.	—	—	—	—	II/18. 298		II/18. 83	85	89	167	722	5	0 69%
Prof. Högyes	Budapest	1890 IV/15.	—	—	—	—	528	592	568	700	1200	1365	4,914	59	1 20%
Prof. Puscariu	Jassy	1891 VIII/6.	—	—	—	—	—	34	133	144	V/1. 50	—	361	1	0·27%
Prof. Bujvid	Krakkó	1893 XII/1.	—	—	—	—	—	—	—	1	38	104	143	2	1 39%
												Összesen	42,904	245	0·57%

I. Tábla B) 10 antirabikus intézet egyetemes statistikája 1886—1895.

Dr. Gwozdieff Dr. Goldenbach	Moszkva	1886 VII/25.	8·40% 107	1·27% 280	1·60% 246	—	1·30% 769	—	0·66% 907	—	—	—	2 309	circa 60	2·64%
Dr. Kraiouchkine	Szent-Péčervár	1886 VII/13.	VII/13. — 2 62% — VI/13. VI—I. 137	200	184	106	142	70	1·42% 211	—	—	—	1,050	25	2·38%
(1886—1892) Dr. Bujvid (1893—1895) *Dr. Palmirskiego*	Varsó	1886 IV/29.	1% 104	0% 255	0% 317	0 87% 343	0 22% 448	0 53% 372	1·40% 419	0% 573	0 31% 637	0·45% 669	3,942	18	0·45
Dr. Finkelstein *Dr. Lunkevicz (Dr. E. Franczius)*	Tiflis	1888 VII/29.	—	—	31	89	94	142	157	128	126	152	919	21	2·35%
D. Acosta	Havanna	1887 IV/5.	—	IV/5. — XII/31. 856									856	14	1·63%
Dr. Zoeros	Konstantinápoly	1887 VI.	—	V/1. — III/1. 41			—	—	—	—	—	—	41	0	0%
Dr. Protopopoff (1887—1888) *Dr. Wissokovitch* (1889)	Charkow	1887	—	—	3 80% 233	2·10% 218	1% 291	1·47% 543	—	—	—	—	1,315	31	2·38%
Prof. Babes	Bukarest	1888 VI/6.	—	—	V/1. — VI/31. 81	224	142	—	—	—	—	—	447	5	1·10%
Dr. A. Lagorio	Chicago	1890 VII/2.	—	—	—	—	VII/2. — XII/31. 532						532	2	0·37%
Dr. Calmette	Saigon	1891 IV/5.	—	—	—	—	—	V/1. — IV/30. 110			—	—	110	2	1·82%
												Összesen:	11,521	178	1 54%

Pasteur ugyanis, mint ismeretes, védoltásainak eszközlésére az ú. n. állandosított erejű veszettség fertőző anyagot (fix virus) tartalmazó nyúl velőt használ; ezt gyengíti meg fokozatosan napról napra való kiszárítással; a jobban kiszáradt és gyengébb velőkből készített emulsiót fecskendezi először az ember bőre alá, a mit azután napról napra erősebb velő emulsiókkal folytat és így szoktatja hozzá a szervezetet successive a veszettség méreghatásához. Az általunk alkalmazott módszer szintén az állandósított erejű veszettség fertőző anyagot tartalmazó nyúl velőből indul ki; ezt gyengítjük, de nem kiszárasztással, hanem egyszerűen 7‰ konyhasós vízben való higítással (1 : 100; 1 : 200; 1 : 500; 1 : 1000; 1 : 5000; 1 : 10,000); a nagyobb higítású tehát gyengébb dilutiókat fecskendezzük előbb a bőr alá, azután folytatjuk a kevésbbé higított, tehát erősebb dilutiókkal és ilyen módon tovább haladva idézzük elő a szervezetben a veszettség méreghez való hozzászokást. E módszerrel a fix virus adagolása szabatosabb, egyszerűbb és tisztább mint az eredeti módszerrel és állatkísérletekben annak idején az úgy az immunitás létrehozására, valamint marás után a veszettség kitörésének megakadályozására teljesen bevált.

A budapesti Pasteur-intézetben 1890-ben kezdtük el a védoltásokat veszetteb-marta embereken, akkor természetesen — miután az már embereken is ki volt próbálva — az eredeti Pasteur-féle módszerrel. Később azonban megkisértettük az épen leirt diluáló módszert, miután tapasztalatokat szereztünk arra nézve, hogy annak alkalmazása egészséges szervezetre absolut ártalmatlan. Jelenleg hét év leforgása után mindenik módszerre vonatkozólag elég számos saját észlelettel birunk arra, hogy a két módszer értékessége felől magunknak itéletet alkothassunk.

Az összehasonlító adatok a következők:

Az 1890—1895. években a budapesti Pasteur-intézetben antirabikus védoltást kapott 4914 egyén. Ezek közül:

Arcz- és fejsebek			Kézsebek			Láb- és törzssebek			Összesen		
Orvosolt egyének	Meghaltak	Halálozási %	Orvosolt egyének	Meghaltak	Halálozási %	Orvosolt egyének	Meghaltak	Halálozási %	Orvosolt egyének	Meghaltak	Halálozási %
479	24	5·01%	1983	22	1·10%	2452	13	0·53%	4914	59	1·20%
a) Ezek között a Pasteur-féle eredeti szárított velő-módszerrel voltak oltva:											
320	21	6·56%	1408	17	1·20%	1682	13	0·77%	3410	51	1·49%
b) Saját diluáló-módszerünk szerint volt oltva:											
159	3	1·88%	575	5	0·86%	770	0	0·00%	1504	8	0·53%

Ez összehasonlító vizsgálatok tehát emberekre vonatkozólag is határozottan a diluáló-módszert tüntették fel hathatósabbnak; minélfogva az 1896-dik évfolyamán már tisztán csak a dilutió-módszert vettük alkalmazásba védoltásainknál.

Az 1896-dik év oltásainak eredménye eddigelé következő. (Eddigelé azért, mert az 1896. november 15-dikén túl oltottakra még a statistika teljesen nem zárható le egész márczius végeig.) Az 1896-dik év folyamán kellő időben és teljes védoltást kapott *1605* egyén; ezek közül meghalt *2*: a halálozási százalék tehát *0·12%*, mely remélhetőleg nem is igen fog változni már a teljes statistikai zárlatkor sem.

III.

A mi most a definitiv Pasteur-intézet minél gyorsabb felállításának szükségességét illeti: a következőket kell nyilvánosságra hoznom.

E veszettségre vonatkozó vizsgálatok a M. Tud. Akademia 1000 frtnyi segélyével indultak meg 1886-ban a budapesti általános kór- és gyógytani intézetben. Hozzájárult e vizsgálatok költségeihez ugyanez évben egy magán ügybarát 300 frttal. Trefort volt közoktatásügyi minister 1887-től kezdve az állatkisérletek terjedelmesebb folytatására 2500 frtot vett fel az országos költségvetésbe, mit a törvényhozás több éven át megszavazott. Az előzetes állatkisérletek befejeztetvén, Csáky Albin gróf ministersége és Berzeviczy Albert államtitkársága idején 1890-ben embereken kezdtük meg a védoltást, mely czélból egy kis, pár szobából és pinczéből álló ideiglenes intézet rendeztetett be és az intézet elláttatott 4500 frtnyi dotatióval, melyből a személyzet és a kisérleti állatok díjai fedeztetnek. Ez összeg jelenleg is úgy szerepel a költségvetésben, mint „ebdühellenes gyógykisérletek számára szolgáló" összeg, mely az általános kór- és gyógytani intézethez van csatolva.

Jelenleg a kérdés már túl van a kisérletezés határán. A fentebbi adatok bizonyítják, hogy a gyógyítás eredménye a legnagyobb mérvben kielégítő és alig van gyógyításmód egyéb betegségekre vonatkozólag is, a mely kedvezőbb gyógyulási eredményt adna. Magok a védoltásra szolgáló intézeti helyek jelenleg pedig már absolut elégtelenek. Így az intézet definitiv elhelyezése elodázhatatlan.

A következő statistikai összeállitás ad számot az intézetnek évi forgalmáról 1890-től 1896-ig, úgy a Magyarországból, mint az egyéb országokból megjelent védoltottakra nézve. A magyarországi veszetteb-marta egyének forgalma ki van tüntetve megyénként is. (L. 91. l. II. Táblázat.)

E táblázat áttekintéséből kitünik, hogy az intézet felállításától lefolyt hét év alatt 6041 magyarországi és 531 nem magyarországi, összesen 6572 egyén nyert védoltást az intézetben. Magyarországnak valamennyi törvényhatósága — Árva vármegye kivételével — igénybe vette az intézet szolgálatát. Maga Pest-Pilis-Soltmegye 902 egyént, Bács m. 389 egyén, Abaúj-Torna, Arad, Baranya, Bihar, Fejér, Hajdu, Heves, Szolnok, Komárom, Krassó-Szörény, Máramaros, Nógrád, Somogy, Szabolcs, Szatmár, Temes, Tolna, Torontál, Zemplénmegyék egyenkint 100—200, a többi megyék 100-on alól eső számú egyénekkel szerepelnek a statistikában. Egyéb országok közül Horvátország szerepel legtöbb egyénnel (215), utána következik Szerbia 80 egyénnel, azután Bosznia 72 egyénnel, Szlavónia 58-czal; az osztrák tartományok együttvéve 100 egyént, Románia 1, Montenegró 5 egyént küldött gyógyítás végett az intézetbe.

Látható továbbá e kimutatásból, hogy az intézet betegforgalma évről évre szaporodik; 1890-ben *534*, 1891-ben *602*, 1892-ben *576*, 1893-ban *701*, 1894-ben *1206*, 1895-ben *1342*, 1896-ban *1611* egyén kereste fel az intézetet. Ha összehasonlítjuk az intézet 1894. és 1895-diki betegforgalmát a többi országoknak ugyane két évi betegforgalmával, látható, hogy az nagyságra mindjárt következik a párisi után, sőt 1896-ban számbelileg meghaladja még azt is; hogy a jelen 1897-dik évben még nagyobb lesz, abból következtethető, hogy január 1-e óta a mai napig, február 15-dikéig már 225 új egyén jelentkezett, a tavalyról visszamaradtakon kivül, védoltásokra. Ez évi létszámokhoz hozzájárul még a 13 éven aluli gyermekek kisérőinek létszáma is, mely az évi létszámot — tekintettel arra, hogy az összes veszetteb-marta egyének 50—60%-ban földmivelők és iparosok 6—15 éves és pedig túlnyomólag fiúgyermekeiből állanak — legalább 40%-kal emeli.

A betegek ily nagy létszáma mellett, mivel mindenik betegnek gyógyítása 15—20 napot vesz igénybe, az oltandók és kisérőiknek létszáma néha felmegy 150-re is és ezeket kellene elhelyezni az intézetben egy olyan várakozó szobában, a melyben zsúfolva is alig fér el több 15 embernél.

Hozzájárul még e miseriához az is, hogy a veszetteb-marta egyének nagy része (körülbelül 80%) mind vagyontalan, az üllői-úti közkórházban van elhelyezve a kisérőkkel együtt és innen kell nekik bejárni 1·5 kilometernyi távolságra tömegestől, télen nyáron fagyban, hóban, sárban, vízben és az udvaron folyosókon várakozniok fázva, dideregve, míg rájuk kerül a sor az oltással.

E bajokon a humanismus parancsolja, hogy okvetetlen segíteni kell.

A nyilvánosság előtt azért tartom kötelességemnek feltárni az intézet e miseriáit, hogy a társadalom, a kormányzat, a törvényhozás meghallja e panaszokat és segítsen.

*

II. Táblázat. A budapesti ideiglenes Pasteur-intézet betegforgalma 1890-től 1896-ig.

Megye	1890.		1891.		1892.		1893.		1894.		1895.		1896.		Összesen
	község	egyén	község	egyén	község	egyén	község	egyén	község	egyén	község	egyén	község	egyén	
A) Magyarországi veszettállat-marta egyének:															
Abauj-Torna	4	6	4	10	1	1	16	27	10	14	15	41	19	29	128
Alsó-Fejér	1	3	1	2	9	12	4	14	16	21	10	12	10	12	76
Arad	16	30	12	15	14	20	13	19	14	36	17	32	11	18	170
Árva	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bács	9	26	13	49	12	29	18	67	22	59	23	54	26	105	389
Baranya	4	5	7	9	5	10	3	4	10	22	22	52	20	29	131
Bars	3	5	1	1	7	12	2	2	3	4	6	9	4	5	38
Békés	3	4	3	12	6	8	5	7	11	26	7	9	11	31	97
Bereg	2	2	2	3	—	—	—	—	7	11	3	6	6	7	29
Besztercze-Naszód	1	1	2	4	—	—	1	1	1	1	1	1	2	6	14
Bihar	7	10	7	13	10	17	13	19	20	30	29	43	18	31	163
Borsod	1	1	3	4	2	2	5	6	6	10	12	25	11	24	72
Brassó	1	3	2	5	3	3	1	1	1	1	10	20	4	5	38
Csanád	4	4	1	2	8	33	5	18	2	10	4	7	4	16	90
Csík	—	—	3	5	—	—	—	—	—	—	2	3	4	8	16
Csongrád	5	5	4	5	3	5	2	4	2	2	1	7	10	38	66
Esztergom	1	3	4	6	4	7	9	33	5	6	5	7	4	7	69
Fejér	15	22	4	4	8	8	14	37	24	51	23	58	11	19	199
Fogaras	—	—	1	1	1	1	1	1	4	6	—	—	2	4	13
Gömör-Kishont	1	4	—	—	—	—	—	—	7	12	8	13	8	9	38
Győr	4	7	3	4	1	1	1	1	9	19	5	9	10	13	54
Hajdú	1	1	6	11	4	11	4	6	4	14	10	31	10	45	119
Háromszék	—	—	3	8	6	10	3	10	4	6	2	3	8	14	51
Heves	15	24	2	3	6	13	11	18	11	16	9	13	14	20	107
Hont	5	11	4	8	6	7	5	7	2	4	6	14	1	1	52
Hunyad	8	17	8	12	6	6	5	17	8	24	4	5	7	12	93
J.-N.-K. Szolnok	14	34	13	20	11	23	11	15	10	23	15	22	17	62	199
Kis-Küküllő	—	—	1	1	—	—	2	2	3	12	8	10	5	9	34
Kolozs	1	1	1	1	—	—	1	3	8	15	3	9	6	11	40
Komárom	3	4	6	8	3	3	4	7	13	24	25	43	16	55	144
Krassó-Szörény	1	1	4	5	9	18	5	25	15	21	17	33	11	20	123
Liptó	1	1	—	—	—	—	—	—	1	2	1	1	1	2	6
Mármaros	2	2	5	14	11	29	1	1	14	29	8	19	11	25	119
Maros-Torda	2	2	4	6	4	7	12	27	17	29	10	17	3	8	96
Moson	4	5	1	2	—	—	—	—	3	4	3	5	—	—	16
Nagy-Küküllő	3	4	1	1	2	2	—	—	1	1	3	4	22	42	54
Nógrád	9	11	12	21	7	11	1	1	21	39	12	24	7	12	119
Nyitra	3	5	4	4	1	1	2	3	10	17	17	25	16	26	81
Pest	34	103	40	145	28	88	24	60	33	109	41	128	64	269	902
Pozsony	1	1	2	5	5	12	2	2	2	3	15	27	14	24	74
Sáros	—	—	3	6	2	3	4	8	—	—	2	3	8	18	38
Somogy	10	19	3	7	5	4	3	3	14	18	25	44	10	19	114
Sopron	2	2	3	3	2	2	2	4	3	3	—	—	4	7	21
Szabolcs	4	17	1	3	3	14	9	10	12	16	18	40	14	46	146
Szatmár	3	3	4	5	4	7	6	7	17	25	19	34	16	25	106
Szeben	1	1	—	—	1	1	2	2	4	8	8	18	2	2	32
Szepes	4	5	—	—	—	—	1	1	1	3	2	2	8	14	25
Szilágy	2	2	2	2	3	3	6	7	12	20	3	3	10	23	60
Szolnok-Doboka	1	2	—	—	4	6	2	2	7	8	4	9	4	5	32
Temes	4	9	7	17	7	8	13	16	13	20	5	10	19	36	116
Tolna	13	16	4	4	3	4	22	48	44	84	21	30	10	12	198
Torda-Aranyos	1	1	1	1	—	—	—	—	13	13	6	11	2	3	29
Torontál	8	13	11	16	13	22	15	16	22	36	9	28	29	56	187
Trencsén	—	—	3	9	1	1	1	2	7	14	11	20	6	11	57
Turócz	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3	—	—	2	2	5
Udvarhely	1	1	3	4	1	2	2	2	—	—	4	9	3	3	21
Ugocsa	2	2	4	5	—	—	1	1	10	14	3	3	5	11	36
Ung	7	14	7	19	1	2	2	5	10	12	8	9	14	36	97
Vas	5	7	2	3	1	1	2	3	1	1	3	5	2	2	22
Veszprém	1	1	5	6	3	4	4	6	21	32	17	24	12	20	93
Zala	5	5	5	10	2	2	—	—	1	4	9	14	14	18	53
Zemplén	6	9	7	15	7	12	5	7	19	51	21	46	17	25	165
Zólyom	7	19	8	19	3	5	3	9	6	8	1	1	5	8	69
Összesen	276	516	277	583	271	513	310	624	594	1126	611	1204	644	1475	6041
Szomszéd országok és tartományok:	*B) Nem magyarországi veszetteb-marta egyének:*														
Horvátország	1	1	1	1	6	9	8	18	7	14	48	87	41	85	215
Szlavónia	—	—	3	3	10	18	10	20	8	17	—	—	—	—	58
Alsó-Ausztria	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Krajna	—	—	—	—	9	12	4	4	—	—	—	—	—	—	16
Morvaország	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Osztr. tengermellék	—	—	1	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	4
Bukovina	1	5	1	1	—	—	—	—	2	2	3	3	—	—	11
Galiczia	5	6	2	2	5	5	5	13	1	3	5	6	1	2	37
Szilézia	—	—	—	—	—	—	1	4	2	4	—	—	1	1	9
Csehország	1	2	—	—	—	—	—	—	10	16	—	—	1	2	20
Bosznia	—	—	4	5	1	2	5	8	7	8	17	26	15	23	72
Szerbia	2	2	1	3	9	15	8	10	8	16	9	16	9	18	80
Románia	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Montenegró	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	5	5
Összesen	12	18	15	19	41	63	41	77	45	80	82	138	69	136	531
Magyarországiak és nem magyarországiak.															
Összesen	534		602		576		701		1206		1342		1611		6572

E veszettségellenes védoltások minden évben 100—150 emberéletet mentenek meg a legborzasztóbb haláltól. Culturalis oldalától eltekintve is tehát a dolognak, tisztán humanismus szempontjából megérdemli ez ügy, hogy azt a kormányzat, a törvényhozás, a társadalom kezébe vegye, hogy azt, a mit a M. Tud. Akademia, Trefort és Csáky ministerek és maga a törvényhozás kezdeményeztek: maga a kormányzat, a törvényhozás és a társadalom befejezzék.

Közlemény Brandt J. tnr. kolozsvári sebészeti klinikájáról.[1]

A kolozsvári sebészeti klinika működése 1895-ben.

Közli: *Papp Gábor* dr., tanársegéd.

(Folytatás.)

A csoportok összegezése.

Csoport	Beteg			Gyógyult		Javult		Gyógyulatlan		Meghalt	
	összes	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
I. Fej	101	79	22	48	17	17	3	11	2	3	—
II. Nyak	43	23	20	16	15	2	2	4	3	1	—
III. Mellkas. Gerincz	41	24	17	12	9	4	4	4	2	4	2
IV. Has	44	30	14	21	11	1	1	1	1	7	1
V. Végbél, gát	20	13	7	8	3	1	4	2	—	2	—
VI. Férfi húgy- és ivarszervek	74	74	—	52	—	18	—	3	—	1	—
VII. Női húgy- és ivarszervek	25	—	25	—	10	—	6	—	7	—	2
VIII. Medencze, keresztcsont	8	5	3	4	1	1	1	—	—	—	1
IX. Felső végtag	68	48	20	38	11	6	6	3	3	1	—
X. Alsó végtag	157	109	48	74	30	16	9	17	9	2	—
XI. Egyéb	13	12	1	4	—	3	—	3	1	2	—
Összeg	594	417	177	277	107	69	36	48	28	23	6
				384		105		76		29	

A klinikára tehát 1895-ben 594 beteg (és 29 nem beteg kisérő) vétetett fel:

gyógyult . . . . . 385 = 64·64%,
javult . . . . . 105 = 17·67%,
gyógyulatlan . . . 76 = 12·81%,
meghalt . . . . . 29 = 4·85%.

Gyógyulatlanul 76-an távoztak, a mi az összes betegek 12·81%-ának felel meg; ezekből

I. a javasolt mütétet nem fogadták el 26-an: Epithelioma labii superioris. Carcinoma mandibulae. Carcinoma orbitae. Labium leporinum. Lymphoma colli. Fibroma laryngis. Caries costae. Stenosis pylori. Noduli haemorrhoid. Varicokele. Cysta ovarii. Fibroma uteri. 2 luxatio humeri inveterata. Arthritis cubiti fungosa. Congelatio pedis gangraenosa. Luxatio iliaca inveter. Necrosis femoris partialis. 3 gonitis fungosa. 4 caries pedis. Genu valgum.

II. A mütéttől hasznot nem remélvén, azt nem is javasoltuk 13 esetben: 3 carcinoma linguae, igen kiterjedt. Carcinoma maxillae superioris, igen kiterjedt. 2 lymphoma malignum. 2 sarcoma colli. Caries vertebrae. Kyphosis angularis. Sarcoma dorsi et capitis. Sarcoma retroperitoneale. Coxitis tuberculosa in stad. destruct.

III. Más osztályra tettük vagy magánkezelésre távozott vagy visszajövetelét igérte 10 beteg: Erysipelas faciei, abscessushoz társulva; már azzal jött. Lues ulcerosa pharyngis. Papulae syphiliticae. Exstrophia vesicae. 2 vulnus morsum, Pasteur-intézetbe távoztak. Ulcera syphilitica brachii. Syphilis papulosa. Ulcus femoris lueticum. Caries pedis, fistula, erysipelas.

IV. Türelme nem volt a kezeléshez 3 betegnek: 3 ulcera cruris.

V. Klinikai kezelés nem volt szükséges 4 esetben: Hernia inguin. lib. incipiens (sérvkötő). Graviditas. Pes valgus bokatörés után (gép). Luxatio iliaca inveterata (az illető elég jól járt).

VI. Mütét gyógyuláshoz nem vezetett 13 betegnél: Sarcoma faciei, recidiva 4 hétre. Carcinoma mandibulae, recidiva. Neuralgia infraorbitalis. Carcinoma parotidis, recidiva. Exsudatum pleuriticum; phthisis. Carcinoma mammae; gland. infiltr. 3 carcinoma uteri (excochleatio). Congelatio pedis gangr. (öreg ember). Necrosis capituli femoris. Caries pedis (jodoform-glycerin). Carcinoma inguinale.

VII Más kezelésre nem gyógyultak (sebészi bajok) 3 eset: Fractura colli femoris, idös nőnél. Fractura femoris duplex, idös nőnél. Paresis vesicae, cystitis.

VIII. Nem sebészi bajok, 4 eset: Cirrhosis hepatis. Nephritis chronica. Tremor senilis. Paralysis spinalis spastica.

Ebből kitünik, hogy szorosan véve csak a II. (gyógyíthatlanok), VI. (mütétre nem gyógyultak) és VII. csoport betegei róhatók fel a sebészeti klinikának, illetve a sebészetnek, mint gyógyulatlanok. Összesen 29 eset = 4·88%.

Az 594 betegből 29-en haltak el (4·88%), a következő kóralakokkal:

I. *Sérülések.* Fractura cranii aperta; compressio cerebri. Fractura baseos cranii; commotio cerebri Vulnus sclopetarium pectoris; haemorrh. intern. Combustio eschar. per acid. sulph.; suppuratio longa. Vulnus sclopetar. abdom.; perfor. duod.; peritonitis.

II. *Lobok* Abscessus pect.; gangraena; metastasis cerebri. Cystopyelitis purulenta; uraemia. Coxitis tuberc.; resectio; exhaustio. Gonitis tuberc.; resectio; phthisis pulm.; sepsis.

III. *Daganatok.* Lymphoma colli; narcosis cum chloroformio; syncope. Carcinoma mammae et gland. axill.; exhaustio. Carcinoma recti; resectio; sepsis. Carcinoma recti; amput.; sepsis. Cysta ovarii; ovariotomia; peritonitis. Fibroma uteri; metrorrhagia. Cystosarcoma sacral.; suffocatio. Sarcoma scapulae; resect. scap.; exhaustio.

IV. *Vegyesek.* Hemiplegia régi fejtrauma után. Strictura oesophagi cicatr.; ichorothorax. Strictura oesophagi carcin.; exhaustio. Hernia inguin. incarc.; resectio intest. Hernia inguin. incarc.; anus praeternat.; peritonitis pur. Hernia cruralis incarc.; anus praeternat. Hernia cruralis incarc.; anus praeternat. Incarceratio interna; anus praeternat.; peritonitis sept. Incarceratio interna; anus praeternat.; periton. sept. Anus praeternaturalis; resectio intest.; peritonit. pur. Typhus abdominalis. Peritonitis perforativa (typhus abd.).

Mütéteink 1895-ben.

Az 1895. évi mütéteink száma minden előző évet jóval túlhalad. Igaz ugyan, hogy naplóink újabban pontosabbak, mint régen, mégis a rohamos szaporodást első sorban úgy kell felfognunk, mint természetes következményét a beteganyag nagyobbodásának. Fekvő s főleg bejáró (mert az ágyak nem szaporodnak) betegeink száma évről évre növekedik, a közönségben szünik a mütétektől való idegenkedés. Mig 20—30 év előtt főnökünk, Brandt tanár elbeszélése szerint fogni kellett mütétre a beteget, addig most azzal fenyegetődznek, hogy ha nem operáljuk hamar öket, elmennek. E kedvező változás az egyetemi sebészeti klinika hatásának tulajdonítandó első sorban. A haladás feltüntetésére csak pár számot említek: Volt

1873-ban 210 fekvő, 147 bejáró beteg s 75 mütét
1884-ben 482 „ 355 „ „ 165 „
1895-ben 623 „ 1500 „ „ 761 „

Klinikánkon az asepsis és az antisepsis van alkalmazásban. Az eszközöket soda-oldatba teszszük, azt előbb felforralva, s abban főzzük 5—10 perczig (Schimmelbusch-edény). A már kifőzött eszközöket mütéthez meleg főtt vízbe helyezzük. Ugyancsak fenti edényben főzzük ki a polgárilag már tiszta kendőket is s nedves melegen rakjuk a mütéti tér közé. Használat után a megtisztított eszközöket a főzőedény meleg fedelén megszárítjuk. Szennyes mütét után az eszközöket eltétel előtt ki is főzzük.

A draineket s a selymet szintén kifőzzük. A catgutot kétszer 24 óráig aetherben áztatjuk s sublimat-alcoholban tartjuk.

Jodoform- és hydrophil-gazet, szükség esetén vattát, kendőket, kötényeket, esetleg fehérnemüt áramló gőzben sterilizálunk (Lautenschläger). A steril anyag mütétekhez törlésre vagy kötö-

[1] L. Orvosi Hetilap 1897. 6. számát.

zésre a sterilizáló bádog-dobozokban vagy kis üveg szekrényekben kerül.

A kéz és alkar mosására körömvájó, szappan, kefe, sok víz, esetleg alcohol, végre 1‰-es sublimat-oldat szolgál, mely utóbbit Angerer-pastillákkal készítjük. Fődolog a mechanikus tisztítás. Mosdás után rendesen nedves kézzel fogunk munkához.

A műtéti tér — esetleg borotválás, a vastag felhámnak s fekélyes területnek lekaparása, utóbbinak pörkösítése után — hasonló mosásban részesül, csakhogy alcoholnak, sublimatnak a sokszor igen elhanyagolt bőrön nagyobb szerepet adunk.

Műtét közben hangos beszéd helyett lehetőleg jelekkel kérjük az eszközöket s egyebet a segédszemélyektől, kik a szükséges figyelemmel hamar megtanulják azokat a maga idejében kérés nélkül odanyujtani a műtőnek. Általában szem előtt tartjuk a műtét nyugodt zajtalan lefolyását.

Ha genyre akadunk vagy egyéb szeny teszi szükségessé, a műtéti tért meleg sublimat vagy pl. bélnél bórsav-oldattal jól lemossuk, magunk is újra mosdunk s az illető eszközöket újra kifőzzük.

Végtagot Esmarch szerint vértelenítünk (felemelés, gummipólya, szorító cső vagy szalag), a nagyobb edények bekötése után a sebre steril gazet nyomunk s a szorítót levéve, néhány perczig folytatjuk a nyomást. Ez által az edényhüdés miatti vérzést gátoljuk meg. Esetleg még lefogunk valamely vérző edényt, azután a sebet lehetőleg egészen összevarrjuk; ha üreg marad fenn vagy tapasztalat szerint (pl. amputatiónál) bővebb primaer váladékra van kilátás vagy genyedés várható: akkor az alsó zúgba draint, esetleg gazecsikot illesztünk, mely szükség szerint az első kötéscseréig vagy tovább marad, illetve felváltatik. A varrt sebre sterilgaze bőven, erre vatta, calicopólya s legtöbbször — a seb nyugalmáért — gyps-pólya járatok jönnek.

Az első kötés, hacsak nem üt át, ha fájdalom, láz (38·5 C°) nem jelentkezik vagy el nem csúszik: 6—8—14 napig marad; különben korábban felváltatik.

Összenőtt sebre a fonalak kiszedése után egyszerű fedőkötést teszünk, különben a sebet tovább száraz gaze-zel vagy geny esetén mosással (1‰ sublimat, 1‰ thymol, 2% bórsav) is kezeljük; lobos területre, piszkos sebre párakötést alkalmazunk, sarjadzó sebre kenőcsöt is. Jodoform port kis mértékben, gümős bajoknál, nyákhártyák körül. Gangraenosus felületre salicylsavat hintünk, esetleg hosszas fürdőket alkalmazunk.

Könnyebb bajokkal járni tudó beteg sokszor el is hagyja a klinikát, még teljes gyógyulás előtt s otthon kezelteti tovább magát vagy ambulantiára jár.

(Folytatása következik.)

Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

Téli betegségek a stomatologikus gyakorlatban.

Árkövy József dr., egyet. tanártól.

(Vége.)

Uraim! Ha önökhöz tél idején azzal a panaszszal jön egy beteg, hogy egyik oldalán úgy a felső, mint az alsó állcsont mentén kisugárzó fájdalmakban szenved, hogy ezen fájdalmak majdnem folytonosak, akkor az első pillanatra ismét arra fognak gondolni, hogy az előbb említett *neuralgia catarrhalis antri Highmori* — nátha után — van jelen; megvizsgáljuk pontosan a fogakat s egyik esetben teljesen ép fogakat találunk az illető oldalon, a másik esetben talán egy-két negativ vizsgálati eredményt adó tömött fogat, a harmadik esetben teljesen ép fogakat, de talán vagy a kornál, vagy a hereditaer dispositiónál fogva 1—2 a gyökökön denudált fogat; szóval a szájban, a fogakon, az utóbbi esetet kivéve, semmi feltünőt nem találnak arra nézve, hogy magyarázatul szolgáljon olyan heves fájdalmaknak, minőkről a betegek panaszkodnak s melyeknek jellege közel áll a neuralgiához. Az utóbb említett lelet — a foggyök denudatiója — lehetséges, hogy gyanút ébreszt, miszerint ez képezi a fájdalom okát.

Néhány nappal ezelőtt egy ilyen esettel álltam szemben. A beteg vidékről jött, mintegy 3—4 nap óta sem éjjele sem nappala nem volt nyugodt. A legkínosabb fájdalmakban szenvedett. Vizsgálatánál az első alsó molaris különösen, de a többi fog is jelentékenyen denudálva volt, a bifurcatio helyén be lehetett hatolni jóformán a gyök közepéig, percussióra igen érzékeny volt, s mert mozgott is, közel volt a feltevés, hogy az első alsó molaris képezheti a fájdalom székhelyét oly módon, hogy talán az általunk ismert periodontitis chronica diffusa (necrotica marginalis) van jelen, mint ez egyetemben az atrophia alveolarissal találtatni szokott. Ez elég élénk tüneteket képes létrehozni, különösen ha hideg vagy meleg jut hozzá, a mi azután arra vezet, hogy a fogat, főleg öreg egyéneknél extraháljuk. Ezen bántalom feltevése olyan közel fekvő, hogy minden egyéb baj feltevése az első pillanatra majdnem kizártnak látszik. És mégis esetemben a beteg panaszából kiindulva arra jutottam, hogy a periodontitis okozta tünetek nem lehetnek ily fokban hevesek és azért tovább kutattam. A fájdalmak t. i. nemcsak hidegre és melegre nyilvánultak, hanem spontán is, névleg éjjel is, mikor tehát a beteg sem nem evett, sem nem ivott: ennélfogva ki volt zárható a periodontitis chronica diffusa atque necrosis marginalis. Minthogy tehát a fájdalmak nem a fogak részéről keletkeztek, a points douloureux után kutattam, melyeket neuralgia eseteiben szokunk kriterium gyanánt felvenni A nervus infraorbitalis, a fossa canina nem adtak reactiót, a submaxillaris tájék csekély mértékben érzékeny, a submentalis táj semmit, s mégis a beteg az egész felső és alsó állcsontra kiterjedő, kisugárzó fájdalmakról panaszkodván, az orvos neuralgiát vesz fel. Magángyakorlatomban minden télen 6—10 eset fordul elő hasonló körülmények közt s mindegyik a fogain található betegségekkel együtt járni szokott tünetekkel nem arányos, sokkal vehemensebb fájdalmakról panaszkodik.

Tudjuk, hogy minden kóralaknak milyen mérvü subjectiv tünet felel meg, tudjuk, hogy mily fájdalmas a pulpitis acuta totalis, viszont hogy mily mérsékelt tünetek felelnek meg a pulpitis chronica parenchymatosának, ismeretesek előttünk a periodontitis acuta purulenta diffusa veszedelmei, s hogy mily csekély symptomatikus jelentőségü a periodontitis chronica diffusa. Midőn tehát mégis azt találjuk, hogy mindezen ismert tüneteknek meg nem felelő intensitású fájdalmak vannak jelen, nem marad egyéb hátra, mint a trigeminus alveolaris ágai irányában ejteni meg a vizsgálatot, s ha ezt is megtettük s az illető pontok nem adják meg a reactiót, akkor úgy tünik fel, mintha elvesztettük volna az utolsó támpontot is, hacsak a betegnek nem mondjuk, hogy „nervosus“, a mit az sohasem fog elhinni. Kutatnunk kell tehát tovább a fájdalmakkal adaequat pathologiai elváltozás után és egy pontra akadunk, a melyre távolról sem gyanakodtunk volna.

Évek sora óta van alkalmam betegeket látni, a kiknél a vizsgálati eljárások kimerítése és negativ eredménye után rá lehetett bukkanni egy pontra, a mely praecis feleletet adott a kérdésre és ez az *állcsont-izület* volt. Ha ilyen betegeknél mutatóujjunk harmadik perczével nyomást gyakorolunk az állcsont-izület pontjára közvetlen a tragus előtt, akkor a beteg állkapcsának már egyszerü együtt tartása mellett is a panaszolt oldalon a másik oldalihoz képest fokozott érzékenységet tapasztal, s ha száját ilyenkor kinyitja, a nagyon érzékeny és az irtózatos kínos között variáló reactio lép fel. A bántalom helye tehát az állcsontban van, az izületben s annak, azt hiszem, leginkább megfelelőleg *arthro-rheumatismus maxillaris* nevet lehet adni. A pathologikus elváltozás lényegét illetőleg felvehető, hogy a tokszalag — valószinüleg belfelületén is — lobos izzadmány székhelye. Keletkezésére nézve nyilván visszavezethető egy erős meghülésre, melynek létrejötte úgy képzelendő, hogy az illető arczfél ki volt melegedve és hirtelen lehült vagy hideg légáramlatnak, léghuzamnak tartósan volt kitéve.

Ezen arthro-rheumatismus maxillaris oka a fent említett kisugárzó fájdalmaknak. Nevezetes, hogy némely esetben nemcsak az izületre alkalmazott nyomás által, hanem sokszor a ramus ascendens maxillae és processus mastoideus között ujjunkat végig húzva szintén kapunk érzékenységi reactiót (a beteg félrekapja fejét). Vajjon ez azt jelenti, hogy a parotis alsó csúcsától vagy a felette futó számos idegágtól származik a reactio, arra nem adhatok feleletet.

Hogy tényleg itt székel a bántalom, azt már a beteg viselkedéséből láthatjuk, de még inkább meggyőződhetünk róla („ex juvantibus"), ha azon helyre, mint a rheumatikus hurutos bántalmaknál szokásos, meleg borogatást alkalmazunk: t. i. erre rövid idő alatt javulás áll be.

Az említett betegem tenyérnyi zsákocskában melegített lenmagliszt borogatást használt, úgy hogy állcsont-izületét folytonos melegben tartotta 24 órán át s a következő napon, bár nyomásra az érzékenység még meg volt, de a nyomás már nem provocált olyan neuralgiaszerü tüneteket, mint a milyenek az előtte való nap voltak.

Ezen eset felette acut és vehemens arthro-rheuma volt az állcsont izületben. De enyhébb alakban igen gyakori ezen betegség különösen télen, mikor a beteg egyenesen azzal a panaszszal keresi fel az orvost, hogy száját nem tudja kinyitni. Mikor pedig a beteg ilyen panaszszal jön az orvoshoz, akkor természetesen kutatni kell az utolsó molaris állapotát; ha fiatalabb az egyén, nem bölcseségi foga tör-e elő, esetleg az utolsó két molaris pulpagangraenája foroghat fenn, mely a maga részéről periostitis alveolaris chron. diffusa-t hoz létre, mely átterjed a lágy részekre és trismus muscularist okoz, mely fájdalommal jár, különösen — a mint az eléggé ismeretes — ha a beteg a száját kinyitja. Ha azonban mindezen és a fent említett elváltozások differential diagnostikusan kizárhatók, a fogak épek, de a periostitis semmi esetre sincs jelen, viszont a tünetek neuralgiaszerüek, akkor arthro-rheumatismus maxillarist kell diagnostizálni.

Vannak egyének, kik tél idején meghülve általános rheumatismusban szenvednek; rövid időre rheumatismus muscularisban, s megtörténhetik, kivált, ha vasúton utaznak, hogy a kézen, lábon, az egyik arczfélen lép fel a rheuma, ez fájdalmat okoz az illető arczfélen és a beteg fogát okozza: rendszerint akad is egy-két oly foga, mely percussióra nagyobb reactiót ad mint a többi s ekkor kész a meggyőződés, hogy azok vannak megbetegedve.

Nem régibben egy orvostanár hasonló viszonyok közt volt s jóformán teljesen meg volt győződve, hogy a bal felső lateralis metsző az, mely kissé eversióban s érzékenyebb is lévén mint a többi, mely a kellemetlen érzést okozza. A fogai épek voltak, ki volt tehát zárható a fogak szerepe a fájdalom előidézésében; kikérdezvén a beteget, kitünt, hogy már hetek óta rheumában szenved, ez rávezetett a points douloureux keresésére, melyek negativ eredményt adtak és csak tovább folytatott vizsgálatra tünt fel az állcsont-izület fokozott érzékenysége; tehát ezen esetben az egyoldali rheumával kapcsolatban az állcsont-izületben is megjelent az athro-rheuma.

Nem egyszer megtörténik, hogy az ilyen betegek azt hiszik, hogy fülbajban szenvednek és füleiket wattával teledugdossák, a fülorvoshoz mennek és a fülorvos nem talál semmit.

Ha a beteg sokáig habozik, akkor vagy sokat kinlódik, míg orvosára talál, a ki baját felismeri, vagy a rheumatikus izzadmány spontan resorptiója, azonban lassan néhány hét mulva, jön létre. A felszívódás megindítására gyakran elegendő, hogy a beteg fájdalmas arczfelén feküdjék, a párna melege lassanként meghozza a gyógyulást, s a beteg sokszor nem tudja, hogy mi baja volt és mi által mult el. Csak akkor, mikor hevesek a tünetek, a mi nyilván összefügg az egyoldali lehülés tartósságával, fordul elő az, hogy a beteg addig nem nyugszik, míg olyan orvost nem talál, a ki baját felismeri vagy pedig morphium subcutan injectióval szerez magának pihenést. Így történik, hogy számos eset nem kerül észlelésre, mert a beteg az altatók folytán nem érez fájdalmat és 2—3 hét mulva beáll a resorptió; ha azonban az ilyen betegnél a fomentatiót, mint kezelést alkalmazzuk, akkor rövid idő alatt megszüntetjük úgy a fájdalmat mint a betegséget.

Uraim! Az eddig megbeszélt bántalmak közlése azon szándékkal történt, hogy a vizsgálat és az orvosi gondolkodásmód közvetlen benyomásait tükröztesse vissza. Kórtörténetek egész sorának leírása talán szemléltetőbb hatású volna, de a characteristikus tünetek, úgy a mint azok vázolva lettek, semmi esetre sem nyernének ez által jobb kifejezést; képzeletük segélyével a variatiókat könnyen kiszinezhetik a nélkül, hogy kényszeritve volnék türelmüket kórtörténetek leírásával továbbra is próbára tenni. Minden télen 6—15, sőt még több esetét a leirt betegségnek észlelhettem. Miután a betegséget magát ismerik, úgy az előforduló eseteket változatosságaikkal egyetemben saját tapasztalatuk segélyével fel fogják ismerni.

***

Szándékom az volt, hogy az urakkal néhány tényleg létező, tél idején gyakori betegséget ismertessek meg, de most végezetre viszont meg akarom az urakat győzni arról, miszerint egy bántalom, melyet általánosan betegségnek tartanak, mint ilyen, nem létezik.

Popularisan nagyon elterjedt dolog annak felvétele, ha valakinek az arcza feldagadt és fájdalmas, kiváltkép, ha ez tél idején van, hogy rheumája és pedig rheumatikus fogfájása van. E bántalom létezésének hite annyira gyökeret vert a laikus közönségben, sőt még itt-ott a szakirodalomban is említés történik róla, hogy talán egész merészségnek tünik fel, ha valaki felszólal azon irányban, hogy tulajdonképen *rheumatikus fogfájás nincsen.*

Ha kutatjuk, hogy milyen esetekben látjuk megjelenni a beteget azzal a panaszszal, hogy rheumatikus fogfájása van, akkor azt látjuk, hogy vagy valamelyik arczfele van megdagadva, a mikor is azt mondja, hogy periodice ismételten történik, ha léghuzamban volt, arcza feldagadt. Vagy másoknál hasogató fájdalom jelentkezik akár a felső, akár az alsó állcsontban dagadtság nélkül, mikor ismét a beteg azt hiszi, hogy rheumája van. Az előbbi, ha arczdaganata megszünt, fogait akarja meggyógyíttatni, „rendbe hozatni". Az utóbbi erősen meg van győződve, hogy „csak rheumája" volt, nem fogbaja.

Mi, kik ismerjük a fogbántalmakat, úgy pathologiai, mint klinikai szempontból, jól tudjuk, hogy ha a beteg arcza feldagadt, az nem meghülés eredménye, hanem a kóros pulpa mikroorganismusai inficiálják az alveolaris fundust és a csonthártyán periostitist vagy abscessust idéznek elő s ezzel a daganatot, a mely tehát nem a léghuzam, nem a meghülés, hanem sepsis eredménye. A fájdalmak bolygása az, a mi rendesen azon feltevést ébreszti a betegben, hogy rheumája van, mert tudja azt, hogy a rheumatismus muscularis vándorolni szokott. A fájdalmak bizonyos napok eltelte utáni megszünése is arra a feltevésre vezeti a beteget, hogy „post hoc ergo propter hoc", vagyis rheumának kellett lenni.

Azonban mi tudjuk, hogy a tüneteknek a beteg által észlelt vándorlása, szintén valamely kór által és pedig például pulpitis acuta totalis vagy periodontitis chronica diffusa következtében nyer kifejezést. Többnyire ezen bántalmakat tartják a betegek rheumának.

S miként magyarázhatjuk meg a betegnek, hogy nem rheumája van? Egyszerüen úgy, hogy a beteg fogat sondirozzuk és a fájdalmas pont érintése által rá ismer a beteg arra a fájdalomra, mely őt az ismétlődő rohamban gyötörni szokta. Sajnos, hogy a dolgok ezen állásáról még nagyon kevéssé vannak az emberek informálva s nemcsak a laikust kell elitélni, hanem sokkal inkább az orvosokat, kik nem tudják, hogy a rheumatikus fogfájás nem létezik.

E causerie végéhez értem s csak egy dolog vigasztal, hogy t. i. talán ezen néhány klinikai pathologiai jelenség elbeszélésével szolgálatot tettem a szakközönségnek, de meg a szenvedő emberiségnek is tél idején fellépő nyomorgásaikkal szemben.

És ha előadásom némely helyén, mintegy téli hideg futott végig önökön, talán vigasztalásul szolgálhat azon gondolat, hogy hátha egykor „nyári" betegségekről is fognak hallani, habár erre nézve még adatok nem állanak rendelkezésemre.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(VI. rendes ülés 1897. február 13-dikán.)

Elnök: **Rákosi Béla**; jegyző: **Lévai József.**

Különböző szemsérülések. 2 mágnes operálás esetének bemutatása.

Szili Adolf. 14 évos lakatos-inasnak nagyobb vasdarab perforálta a szemét és bennrekedt, úgy hogy ½ cm.-nyi rész egyenesen kifelé állt. A vasdarab a szemben oly erősen ült, hogy eltávolitani sehogy sem lehetett. A sérült azonban orvoshoz menni gyávaságból nem akart és

daczára annak, hogy szemhéját reácsukni nem birta, úgy maradt a vasdarabbal szemében 13 évig. Mult év november 4-dikén a 27 éves fiatal ember bemutató osztályán jelent meg, részben, mert 8 nap óta fájdalmai voltak, de részben azért is, mert hiúságból az elveszett szemtől meg akart szabadulni. Ezt a szemet enucleálta bemutató. Nagyon érdekes, hogy sympathiás lobnak semmi nyoma a másik szemen, melynek 6/6 látóképessége van.

A *második eset* 14 éves fiú, kinek harmadfél év előtt gyutacsrobbanás alkalmával *rézdarab* ment a jobb szemébe, mely 2 egész esztendeig benn volt. Ezen esetben 2 körülmény igen érdekes. Az egyik az, hogy a rézdarab oly soká a szemben volt, a nélkül, hogy az egészen tönkre ment volna, bár folyton iridocyclitisben szenvedett. A másik az, hogy ezen szemben iriscysta fejlődött, melyben a rézdarab elrejtőzött és hogy ezt az iriscystát más szemorvos valószinűleg gummának tartotta, mert higany bedörzsöléseket rendelt a fiúnak. Mult év augusztus 25-dikén, miután a körelőzmények alapján rézdarabra a szemben következtetett, az iriscysta kimetszését végezte; de sajnálatára a tényleg benne levő rézdarab a cysta tökéletes előhúzása előtt felszabadult, de a szemben maradt, úgy hogy külön kellett kiragadni. A szem csak sok hét multán békült meg egészen. Az iris most erősen lefelé van húzva és a szaruhártya hegébe belenőtt, a szem kissé hypotonikus, de fényérzése és projectiója jó, úgy hogy iridoctomiára készülnek.

A következő két esetben vasdarabot húzott ki a szem mélyéből a *Hirschberg*-féle mágneses sondával.

Az első esetben mult év április elején munka közben vasdarab ment a szembe. Fájdalmai miatt körülbelül 6 hét mulva utazott Budapestre és szemkórházba vétette fel magát. Itt 2 hetet töltött, de enucleatióba nem egyezvén bele, elbocsátották, s onnan bemutató osztályára jött. A szem nagyon izgatott és fájdalmas volt. A szaruhártya alsó negyedében heg, melyhez az iris húzódik, a szűkült pupillában szürkés-fehér, sérült lencseállomány. De a szemnek fényérzése volt, projectiója jó, sőt némileg kézmozgásokat látott. Ennélfogva mágnes operatióhoz határozta el magát. Részben, mert a szembe benézni nem birt és igy nem tudhatta, az idegen test nincsen-e még a lencsében, részben pedig, mert egyúttal a hályogból annyit, a mennyit lehetséges, kibocsátani akart, nem a sklerában ejtette a metszést, hanem az eredeti sérülés okozta hegben. Egy darab iris kimetszett és egyes hályogrészleteket eltávolított, azután az electromágneses sondát sülyesztette a szembe. *Mindez a betegnek mély narkosisa alatt. Az idegen test csekély üvegtest vesztése mellett csak a harmadik hivásra jelent meg a sonda végén.* A szem elég jól tűrte a beavatkozást. Julius 25-dikén beteg elhagyta a kórházat teljesen megbékült szemmel, mely körülbelül 1/2 m.-nyi távolságból ujjakat olvasott.

A második eset azért érdekes, mert lefolyása úgyszólván idealis, valamint az elért eredmény. Egy 15 éves lakatos-inast illet, kinek bal szemébe 2 kalapács összeütésekor vasdarab ment, mely nem volt látható. Mély narkosisban az idegen test, egy körülbelül 2 mm.-nyi hosszú és széles aczéldarab, legelső hivásra a híres finoman csengő hanggal a sondához ragad és vele a szemből kihúzható. Gyógyulás kifogástalan. Látóképesség 6/9.

Tumor in bucca. Exstirpatio. Plastica.

Bartha Gábor. Az arczbőr és pofa nyákhártyája nagy területére kiterjedő már létező nagy daganat eltávolítása után keletkező anyaghiánynak pótlása a nehezebb feladatok közé tartozik. Bemutatónak egy ilyen érdekesebb esete a következő:

A 45 éves egyén 25 év óta leukoplakiában szenvedett, 5 hónappal ezelőtt a bal pofa nyákhártyáján daganat fejlődött, mely 5 hó alatt körülbelül lúdtojásnyi lett, a bal szájzúgtól az állcsont felhágó ágáig, alófelé az átmeneti redőig, hátrafelé az átmeneti redőt magába foglalólag reáterjedt a gingivára. Ezen tumor egész hosszában tömött, felülete fekélyes volt. A vizsgálat czéljából kivágott darabnak vizsgálati lelete, valamint az antiluetikus kúrának eredménytelensége meggyőztek arról, hogy csak műtét útján lehet tőle a beteget megszabadítani.

A műtétet Réczey tanár véleményének meghallgatása után mult év november 6-dikán végezte. E tumoron kivül a felső ajak nyákhártyáján önálló pathologikus daganat volt jelen. Az előadó tisztában volt azzal, hogy a felső ajk egyharmada, az alsó ajk egynegyede, a pofa böréből olasz mandula nagyságú terület esik áldozatul és a pofa nyákhártyája egészen. Tehát a felső ajak nyákhártyája és az arcz bőrének pótlásáról kellett gondoskodni. A szájzúgtól kiindulva két, fel- és alófelé ivelt metszéssel körülírta a daganatot. Azután a papillomát is eltávolította az ajkról. A terv az volt, hogy a nyákhártyahiányt a nyakból vett, 180°-kal felfelé fordított lebenynyel pótolja, e felett a felső alsó pofalebenyeket összehúzza a szájzúg és ajkak elkészítése után. A lebenynek hátsó szélét befelé fordítva hozzávarrta az alsó fogmeder nyákhártya visszahajlási redőjéhez és a lebeny bőrfelületét hátulról hozzávarrta a részben felkészített gingivához és nyákhártya szélekhez. Azután elkészítette a felső ajak pirját kivarrás által, majd a felső és alsó pofabőrlebenyeket felette egyesítette. Egy része a defectusnak leért a cart. cricoideáig. Nem sikerült a bőr összehúzása teljesen és 2 cm. széles anyaghiány maradt.

A hallójárat felől a szájűrbe szabad közlekedés állott fenn. E közlekedés elzárása és a hiány fedése volt a második feladat, melyet 21 nap mulva végezett. Ekkor az átfordított lebeny felső és alsó pofa szélével határos lebenyszéleket levágta és kifelé hajtotta; a lebeny gyökének átmetszése után még azt az állcsont felhágó ága felé felkészítette. Ezen részlet lemetszése által nyert nyelvalakú bőrlebenyt az arcz- és nyakdefectusra fektette és odavarrta a felső és alsó pofalebeny találkozási helyéhez. Természetes, hogy 21 nap lefolyása alatt hámtermelődés indult meg, ezért fel kellett készíteni és az igy nyert hámlebenyeket felhasználta a még be nem fedett defectus fedésére, tehát Thiersch-féle transplantatiót csinált, de e lebenyek közül csak kettő maradt meg, a többi elhalt. A gyógyulás deczember 12-dikén teljes volt.

A befektetett bőrlebeny a nyákhártyát jól pótolja, a szájnyitást megengedi, a rágás nincs akadályozva. A szőrök, melyek a befektetett bőrlebenyben továbbnőnek, csak a felső felületesebb rétegekben pusztultak el, a meglevők néha benyulnak a fogak közé.

Choanalis polypus ritka esete.

Baumgarten Egmont. A choanalis polypusok a gyermek és serdülő korban ritkábbak, különösen az oly nagyságúak, mint a bemutatott esetben. A 15 éves leány előadó poliklinikai osztályán jelentkezett azon panaszszal, hogy hónapok óta orrdugulásban szenved, ámbár a bal orrfélből már többször habarczokat szedtek ki. A bal orrfél mellső része szabad volt, a hátsó része egy szürkés képlet által kitöltve; a lágy szájpadlás tetemesen előre állott és a nyelvcsap felemelésénél már látszott az orrgaratból lelógó ujjalakú képlet, mely hideg kacscsal eltávolítva, egy 6 cm. hosszú, a legszélesebb helyen 2 1/2 cm. széles és 1 1/2 cm. vastag képletnek bizonyult és, mint ezt további tükörvizsgálat kiderítette, vékony kocsányon ült egy másik új képleten, melynek hátsó része a felső orrgaratűrt kitöltötte, mell-ő része pedig a bal hátsó orrfelet. Ezen képletet is sikerült a hideg kacscsal átfogni és a szájpadlás felhasitása nélkül egészben eltávolítani, ámbár a tojásalakú képlet 5 cm. hosszú, 3 cm. széles és 2 cm. vastag volt. A képlet egy egész vékony kocsányon a középső orrszűkületből indult ki. A két daganat a tapadási helyen egyesítve, 10 cm. hosszú volt és ily nagyságú álképlet már felnőttnél is kitölti az orrgaratűrt. A csekély vérzés után a kis leány alig tudott beszélni, mert a képlet a lágy szájpadlás izmait annyira feszítette, hogy inactivitási paresis fejlődött ki nála és a rhinolalia clausa helyett a rhinolalia aperta tünetei voltak jelen.

Az agydaganatok kiséretében keletkező papillitis pathogenesise és jelentősége.

Grósz Emil. (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Jendrássik Ernő. A neurologust érdekeli a visszafelé való következtetés, hogy egy adott papillitisből mire lehet következtetni a koponyaűrben. A szemész megfordított irányban vette analysisbe a dolgot, mely már sok búvárt foglalkoztatott. Ő is valószinűnek tartja, hogy kétféle papillitist kell felvennünk, de ideggyógyászati szempontból is a szemészetnek Achilles sarka, veszedelmes pontja a papillitis. Mert papillitist kapunk bárhol keletkezett tumornál, ép úgy látjuk, hogy idegrendszeri megbetegedésekhez is atrophia n. optici-k járulnak. Ez a két körülmény azt a véleményt támogatja, hogy mostohák a körülmények, melyek között a látóidegünk van, mert olyan behatásokra is reagál, melyek más idegben elváltozást nem hoznak létre. És ezt hangsúlyozta előadó is, mert a papilla, a n. opticus szerkezete olyan, hogy könnyen strangulálódik és fokozódnak az aránytalanságok. Mert azt hiszi szóló, hogy mechanikai úton ilyen módon támad; mert, hogy a gyuladás folyamata leterjedjen, ez nem egészen quadrál a gyuladás fogalmával. De másrészt a mechanikai eredés mód sem válik be minden esetben, de hogy ha tán azon álláspontra helyezkedünk, hogy a papilla mostoha körülmények között van és egyik könnyebben kap pangásos papillát, könnyebben lehetne érteni, hogy pl. chlorosisnál is előfordul, bár itt a hogy véralvadékok hathatnak. Az ép papillákat kellene vizsgálni, melyek e mostoha viszonyok?

Grósz Emil: Valóban úgy van, hogy multiplicator szerepe van a skleralis gyűrűnek; már Graefe hangsúlyozta, hogy ennek szerepet kell adni. A gyuladás leterjedésére nézve meggyőző anatomiai adataink vannak, hogy meningitis leterjedt.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A belgyógyászat kézikönyve. Szerkesztik: **Bókay Árpád, Kétli Károly, Korányi Frigyes.** Harmadik kötet. Dobrowsky és Franke kiadása, 1896.

(Folytatás.)

A *gyomorbetegségeknek* terjedelmes fejezeteihez *Hirschler Ágoston* adja az általános bevezetést. Kellően méltatva a gyomor elválasztó, mozgató és felszívó képességének physiologiáját és az idevágó vizsgáló módszereket, általánosságban rövid, de világos betekintést nyujt a gyomor működésének megváltozásába pathologiai állapotokban. Kiválóan sikerült az egyes gyomor functiók vikariáló szerepének feltüntetése, igy pl. a mozgató működésnek előtérbe jutása izomhypertrophia útján pylorus stenosis vagy hiányos secretio esetén, a dyspepsia definitiója stb. A bevezetésnek engedett aránylag szük keretben nélkülözzük *Hayem* és *Winter* idevonatkozó munkálatainak (Du chimisme stomacal. Paris, 1891.) felemlítését; habár a Hayem-féle módszer a gyomor chemiai működésének vizsgálatára, kissé complicált voltánál fogva, kevéssé is alkalmas, eredményeiben azért nem kevésbbé megbizható és részben Hayem munkáin épült fel a modern franczia iskola, mely

az eddigiektől eltérően a gyomorbetegségeknek egy részét lehetőleg chemiai alapon osztályozza.

A következő összes fejezeteket az ideges gyomorbetegségekéig *Hirschler Ágoston* gondos és szakértő tollának köszönhetjük. Teljes elismeréssel kell adóznunk szerzőnek a hatalmas anyag fáradságos és lelkiismeretes feldolgozásáért; a kitünő eredmény önmagát dicséri.

A *heveny gyomorhurut* és *a gyomor kötőszöveti genyes gyuladásának* tömör tárgyalása után, rendkivüli gonddal, a rendelkezésre álló óriási adathalmaz szigorú, kritikai megválasztásával tárja elénk szerző az *idült gyomorhurutnak* sikerült képét. A kóroktan, tünettan, kórjóslat stb. részekben együtt találhatja az olvasó mindazt, mi ezen gyakoriságánál fogva a belgyógyászra nézve annyira fontos betegségnél a diagnosis felállítására és a therapia helyes megválasztására szükséges. Az utóbbinak logikai sorrendben vezetett, az áttekintést megkönnyítő tárgyalása különös említést érdemel. A diaetetikai gyógykezelésnél *Noorden* azon fontos tételének kapcsán, hogy hosszasan elhúzódó idült gyomorhurutoknál a tápfelvételt lehetőleg fokozni kell, mert a marasmus ilyen esetekben a tápfelvétel csökkent voltából származik, részletesen kiterjeszkedik a könnyen emészthető tápszereknek ismertetésére s azután a tápanyagok helyes megválasztására, az egyes gyomorfunctiók megváltozásának esetén. Az erőművi és természettani gyógymódok tárgyalásánál megemlékezik a gyomormosás indicatióiról ezen betegségnél, felsorolja ezenkivül az extra- és intraventricularis villanyozást, vízgyógymódot stb. A gyógyszeres kezelés sorában első helyen említi a sósav adatolását, mig az újabban jelentékenyen háttérbe szorult pepsin helyett a pancreas készítményeknek adja az elsőbbséget, melyek kitünő peptonizáló képességüknél fogva az általános táplálkozást kedvezően befolyásolják. A keserü anyagok felsorolásánál méltatja a budapesti egyetem gyógyszertani intézetében *Bókay Á.* tanár vezetése mellett ezen irányban végzett kimerítő vizsgálatokat, melyek nyilvánvalóvá tették, hogy a keserü anyagok a gyomormozgásokat élénkitik, a gyomornedv elválasztását fokozzák, ellenben bakteriumellenes hatásuk nincsen és a bélrothadásra is csak csekély befolyással vannak. Kiváló figyelemben részesíti szerző az ásványvizeknek ismertetését, különösen súlyt fektetve a pótolhatatlan karlsbadi víznek még sok tekintetben rejtélyes pharmakodynamikájára. A gondosan összegyüjtött irodalmi részből kitünik, hogy hazai tudományosságunk — melyből az oroszlánrész kétségkivül a gyógyszertani intézetet illeti — milyen kiváló részt vett a gyomor pathophysiologiai ismeretének előbbre vitelében.

A *peptikus gyomorfekély* eminens klinikai jelentőségéhez és pathogenetikai érdekességéhez méltó, kiváló szakértelemmel készült tanulmány. A kóroktanban részletesen felsorolt klinikai és experim. pathol. adatok után szerző azoknak álláspontját fogadja el, kik a helybeli vérkeringési zavaron kivül, a gyomornedv viselkedésének és a vér megváltozásának is lényeges szerepet tulajdonítanak ezen betegség előidézésében; *Cohnheimnek* szerző által idézett fontos kijelentése, hogy t. i. a gyomorfekélynek nem annyira keletkezési módja, mint inkább annak lassú gyógyulása szorul magyarázatra, indirecte szintén ezen álláspontnak helyességét bizonyítja. A tünettani rész hü képét nyujtja ezen betegséggel járó számtalan kóros jelenségnek, melyeknek változatossága indokolja szerzőnek azon kijelentését, hogy a gyomorfekélynek egységes, minden esetre illő kórképét felállítani lehetetlen, a kórisme gondos rajza pedig kidomborítja a diagnostikai nehézségeket, melyekbe néha ezen betegségnek felismerése, egyéb bántalmaktól pl. gyomorráktól való elkülönítése ütközik.

A *gyomor zsongtalanságának* szabatos ismertetése után a *gyomortágulatnak* kimerítő, adatokban gazdag leírása, méltóan sorakozik a megelőző sikerült fejezetek közé. A gyomortágulat fogalmának meghatározásában szerző hangsúlyozza, hogy a gyomor ürterének megnagyobbodása mellett, a gyomor izomerejének csökkenése és a tápanyagok pangása is szükséges ezen betegség jogos felvételéhez. A bántalom természete, előidéző okai hozzák magukkal, hogy a gyomor mozgató, chemiai és felszívódási működésének vizsgálatára ezen betegségnél tág tér nyilik és szerző nagyon helyesen tette, hogy ezen fontos vizsgálatoknak némelyikére (gyomorfelfúvás, gyomormosás stb.) a tünettan és gyógyitás precis tárgyalásában böven kiterjeszkedett. A gyógytan végén megillető teret juttat a sebészi beavatkozás lehetőségének, utal a belgyógyász és sebész együttes müködésének szükségességére ezen betegségnél, s pontosan körvonalozza a mütevés indicatióit.

A *gyomor alak-* és *helyzetváltozásainak* gyakorlati megbeszélését a *gyomorráknak* nagy körültekintéssel rajzolt, személyes tapasztalatokkal gazdagított képe követi. A tünettanban összegezve találjuk mindazon értékes physikalis és chemiai kórjeleket, melyek ezen betegségnek gyors felismerését újabban annyira elősegítik. A vér viszonyainak taglalásában azonban hiányzanak *Müller* és *Schneyer* fontos vizsgálati eredményei, melyek azt mutatták, hogy gyomorrákban szenvedő egyéneknél tápfelvétel után a fehér vérsejteknek száma az előbbihez képest nem szaporodik; az emésztési leucocytosis kimaradásának tehát kétes esetekben a gyomorrákra nézve differentialdiagnostikai értéke lehet. A kórisme részletezésére szerző kiváló súly fektetett, mi annyival is inkább helyén való volt, mert az operativ beavatkozás sikerességének föfeltétele, hogy a gyomorrák diagnosisát a betegségnek lehetőleg kezdeti időszakában állapitsuk meg; az olvasó együtt találhatja e részben a gyomor és bél felfúvása által nyert értékes kórismei adatokat a hasüri daganatokra vonatkozólag. E fatalis betegségnek gyógytana képezné bizonyára ezen kötetnek legsivárabb részét, ha reménycsillagként nem tündökölnének a fejezet végén *Billroth* örök emlékezetü neve, s az először általa végzett mütéti eljárásnak hazánkban is többszörösen beigazolt reményt nyujtó eredményei.

(Folytatása következik.)

II. Lapszemle.

Sebészet.

Carcinoma kiirtásánál alkalmazott újabb technikai eljárás. *Rydygier*, daczára, hogy a primaer tumort és az inficiált mirigyeket a legpontosabban irtja ki, különösen az alajk és penis rákoknál tapasztalt igen gyakori recidivákat. Sokat gondolkozott, vajjon mi lehet oka e gyakori recidiváknak, mig rájött, hogy a jelenleg divó mütéteknél azon terület, mely épen a nyirokedényeket tartalmazza, marad érintetlenül. E területben, mely a primaer gócz és a mirigyek között az összekötő hidat képezi, maradnak vissza a rákos részletek, melyek a recidivákra az előkészítő talajt szolgáltatják. Ebből azon következtetést vonja le, hogy minden carcinománál nemcsak az elsődleges góczot és a beszürődött mirigyeket kell kiirtani, hanem az ezeket összekötő és a nyirkedényeket tartalmazó pályát is el kell távolítani. (Wiener klin. Wochenschrift 1896. Nr. 5.) *Boross* dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Peronin** elnevezéssel a morphium egy új származékát hozza forgalomba a Merck-féle vegyészeti gyár. Az új szerrel *Schröder* tett kisérleteket tüdővészes betegeknél a köhögés csillapitására. A kisérletek azt mutatják, hogy a peronin ugyanúgy hat mint a morphium, a nélkül azonban, hogy ez utóbbinak kellemetlen mellékhatásai oly kifejezetten mutatkoznának. A codein fölött pedig az az előnye, hogy nyugodtabb alvást idéz elő és nem izgat. Úgy látszik, hogy a peronin az izzadást fokozza. 2—4 centigrammos adagokban rendelhető, legczélszerübben a következő formulák szerint: Rp. Peronini 0·5; Aquae destill. 100·0. Este egy kávéskanálnyit czukros vízben. Rp. Peronini 0·1; Aquae destill. 145·0; Spir. vini rectific. 5·0. Naponként 3-szor egy-egy evőkanálnyit. Rp. Peronini 0·3; Pulv. et succi liquir. qu. s. ut fiant pil. Nr. XXX. Este 2—3 labdacsot. (Therap. Monatshefte, 1897. január.)

2. **Dysenteria** nehány nagyon súlyos esetében *Gibert* jó eredménynyel alkalmazott physiologikus (0·7%) konyhasó-oldat befecskendéseket a bör alá. Egyszerre 500 köbcentimetert fecskendezett be és ezt másnap vagy harmadnap ismételte. Dysenteriánál nagyon gyakran a vérnyomás erős csökkenése a halál legközelebbi oka; a konyhasó-oldat befecskendésekkel pedig helyreállítható a rendes vérnyomás. E befecskendések továbbá a vesemüködést és a bör-perspiratiót is stimulálják, minek folytán a szervezetben felhalmozódott toxikus anyagok kiküszöbölése is elősegíttetik; a betegség lényegére azonban természetesen semmi befolyásuk sincs. (Semaine médicale, 1897. 4. sz.)

TÁRCZA.

Heti szemle.

Budapest, 1897. február 19-dikén.

Schulek Vilmos tanár jubilaeuma. A magyar szemorvosi iskola házi ünnepét, melyet megalkotója *Schulek Vilmos* tanárságának 25-dik évfordulója alkalmából rendezett: a tudományos világ, az egyetem és a kormány résztvevése országos jelentőségűvé emelte. Az egyetemi szemklinika tantermében délelőtt lefolyt ünnepélyen a kormány és a vallás- és közoktatásügyi minister képviseletében *Zsilinszky Mihály* államtitkár jelent meg, ki a tudomány-egyetem rektora és négy dékánja kíséretében lépett be. Az előtért az orvosi kar összes tanárai, a többi fakultások képviselői, a műegyetem rektora, Szily Kálmán és Gyulai Pál akademikusok, Müller Kálmán és Ludvik Endre kórházi igazgatók, Paykrt vezértörzsorvos és Bernolák főtörzsorvos, Leövey Sándor közig. biró, Tóth Lajos tanár az egyetemi ügyek előadója stb. foglalták el, míg a padsorokat az egyetemi tanársegédek, gyakornokok s az orvostanhallgatók zsufolásig megtöltötték. Az ünnepelt *Feuer Náthán* — legrégibb assistense — kíséretében jelent meg.

Az első beszédet az egyetem orvosi karának dékánja Ajtai K. Sándor tartotta. Beszédében kiemelte, hogy huszonöt év nagy idő, ha az élet derekára esik és majdnem egész egy tanári pályának, de különösen hosszúra nyúlik ezen élni siető században, nevezetesen pedig a hazai közművelődésnek századok mulasztását pótolni törekvő utolsó 50 éves mozgalmában. Ezen egész idő alatt — folytatta — a te pályafutásodat a tanítás és tudományfejlesztés terén, sűrűn álló emlékoszlopok jelzik, de én nem azért jövök eléd, hogy kitünő tulajdonságaidat, lelkületednek finomságát, modorodnak gyöngédségét és kezednek biztosságát dicsérjem, a melyek mind méltók azon legtökéletesebb érzékhez, a melyet a költő oly igazán nevez „a lélek tükörének".

Orvoskari esküdnek végszavait és hivatali fogadalmadat eszményi értelemben váltottad be, s a midőn ugyanezen esküt teendő ifjúságnak a hivatali fogadalmad teljesítésében a közpályák embereinek követendő mintaképeként magasztallak: erős a hitem, hogy valamint iskoláddal együtt sok hályogos szemnek adtad és adod vissza látását, azonképen példás pályafutásod egyik tényezője lesz annak is, hogy a lelki szemek hályogjai is derüljenek és az igazságnak és szerszámának, a tudománynak akarása a szájakról az elmékbe és szeretete a szivekbe költözzék.

Végül tanártársai nevében arany és zománcz helyett a görögök pályadíját, *a babérágat* adja át.

A következő szónok: *Imre József* a mester volt tanítványai nevében mondott üdvözlő beszédet, melynek kezdetén kiemeli, hogy a budapesti szemészeti iskola növendékei mindig egyek a mester tiszteletében és az iskolához való ragaszkodásban. Az a meggyőződése, hogy a 25 év előtt megalapított *magyar szemorvosi iskola* jubilaeuma nemcsak a tanár és a tanítványok ünnepe, hanem az egész magyar hazáé, melynek a mester iskolája kifejlesztésével nagy és messzeható szolgálatot teljesített.

Ezután *Schulek* kolozsvári működését ismerteti; vázolja a hatást, mit ő reá az új tanár gyakorolt, ki egy gyakorlati orvosi tudományt tanított, mely az exact természettudomány útjait követi s annak pontosságával dolgozik. Ott tanulta meg, hogy az az igazi tanár, ki hallgatóinak számát nem tekintve, saját ideje pazarlásával azok orvosi egyéniségének fejlesztését egyik czéljának tekinti.

„Igen természetes" így folytatja, „hogy az a vonzó, vezető és lelkesítő működés még nagyobb mértékben érvényesült itt Budapesten. A működés kiterjedtebb köre, a tanítványok nagyobb száma csak fokozták a hatást s a tőle származó elismerést. Itt nem kellett semmiből teremteni, itt át kellett alakítani, a mi meg volt: a szemészet gyakorlatának, tanításának módját, a szemészetre vonatkozó közfelfogást: nemcsak a vakoknak kellett a látást visszaadni, de a közönség szemeit is fel kellett nyitni a klinikai szemészet módszereit, cselekvő képességét s tág eszmekörét illetőleg. Ez *Arlt* és *Graefe* növendékének nem volt nehéz. És a tágabb keretben a változatosabb viszonyok közt gyorsan bontakozott ki az a fényes és határozott egyéniség, kit mi Nagyságodban tisztelünk és szeretünk; egy új, addig ismeretlen egyén jelent meg a leendő orvosok előtt, egy új példánykép, kinek erényei egyenként és lassanként átterjedtek kisebb-nagyobb mértékben a tanítványokra, mint a hogy a művészet mesterének tulajdonságai öröklődnek s tovább terjednek növendékeik útján. Csakhogy a Nagyságod orvosi, műtevői és tanári erényei, melyek e nagy látogatottságú kar növendékei előtt világítanak, minden művészetnél hatalmasabb tényezők, mert az emberi jólét eszközei! Túl vagyunk már azon, hogy a „mester szavai" vezessék meggyőződéseinket, de kezünket és megfigyelő érzékeinket mesterünk ezerszer látott cselekvésének befolyása és emléke vezeti. És mi, kik Nagyságodnak ily személyes befolyása és vezetése alatt állottunk, hálásak vagyunk ezért és büszkék vagyunk rá."

Később kifejti, hogy „az ünneplés először is szól annak az *idealis orvosnak*, ki előtt soha sem volt különbség ember és ember közt, ha baja volt, kitől orvosi türelmet, gyöngédséget és fáradhatatlanságot tanultunk, kinek élete mint a gyógyítás művészeé, egyaránt megfelelt egy idealista emberbarát és egy gyakorlatias szakember eszményének. Nem hallgatom el, hogy épen oly mértékben tiszteljük mi Nagyságodban a *tanárt*, a leendő orvosok tanítóját, egy kiváló jelentőségű orvosi szak igazságainak, kutató módszereinek, hasznainak ismertetőjét s a tudomány művelőjét. A tanári állás fényét és tekintélyét az ismeretek bősége, a tanításban való kitartás adja meg; Nagyságod a tanszéken ez erények mindegyikével ékeskedik s azok a kitüntetések, melyekben ezek miatt a tudományos testületek s a közélet terén részesült, nézetünk szerint nem jelentenek mást, mint a tanítványok ragaszkodása, mely mind amazok, mindig megkeresi azt a tanárt, ki — mint Nagyságod — a tanári szék feladatait elég nagyoknak s díszét elég fényesnek találja arra, hogy egy egész élet minden becsvágyát és erejét azoknak szentelje. Nem hallgatom s nem tagadom el, hogy mi régebbi tanítványok az orvos és tanár mellett kiváló becsben és hálás emlékezetben tartjuk azt a *mestert*, azt a főnököt és vezetőt is, ki személyes befolyásával és példájával formálta bennünk, a milyenné az anyag engedte, a szemorvost, az operáló és szakjában kutató és gondolkozó orvost. Huszonöt év alatt a szakemberek egész csapata képződött ily módon, alkalmas arra, hogy a szemészet sokszoros diadalaival győzze le az egészségügy legfőbb ellenségét: a nép közönyét; s ha mégis nem mindenüvé jutott közülünk az országban, hol szükség volna a szemészet avatott képviselőjére, bizonynyal nem az iskolának, hanem azon közintézkedéseknek hibája, melyek nem méltatják a kezdő orvosi szakokat azon állami támogatásra, melyekben az új iparágakat részesítik. Így is tág vidékek már azok, melyek egy-egy tanítványnak munkája után ismerik és áldják a mestert, kinek szellemében, mintegy központi csapból sugárzik szét az áldásos tudás és munkaerő."

„És végre engedje meg Nagyságod, hogy most, mikor végig tekintünk 25 év nagy eredményén, a tanítványok és gyógyított szenvedők nagy számán, midőn kimutatni igyekezünk a tiszteletnek és szeretetnek nagy mértékét, mely ezeknek lelkében fogamzott, egy pillanatra megkeressük s hódolattal üdvözöljük azt, a kiben az erő és kitartás forrása van, a ki az orvos és tanár sikereinek és eredményeinek alapja: az *ember*. „Csak jó ember lehet jó orvos" mondjuk Nothnagellel s hozzá tehetjük, hogy csak jó ember érzi át igazán a sikerek édességét, melyeket mint orvos és tanár aratott. Reméljük, hogy Nagyságod emberi nemes szívének jól esik, ha ily sok tanítványáé felé dobog, s ha mi most saját érzelmeink hatása alatt az embernek kívánunk jutalmat a mi tanárunk és mesterünk érdemeiért: boldogságot és hosszú életet. Az életben csak két igazán komoly dolog van, mitől ez a boldogság függ: *a munka és a család*. A családban önmagunknak, de munkánkban a hazának is élünk s tudjuk, hogy (Pasteur szavai szerint) „mindig a legjobbat tettük, mit viszonyaink közt tehettünk", ha tudjuk, hogy *hazánknak* is sikerrel éltünk és szolgáltunk nemcsak önmagunknak: már csak arra van szükség, mit *Isten* adhat: a *hosszú életre!* Ezt kívánjuk mi Nagyságodnak teljes szívünkből, a haza, a tudomány és az orvosi kar érdekében!"

A szemklinika jelenlegi személyzete nevében *Grósz Emil*, magántanár, *Schulek* tanár első segédje szólt. Beszédében kiemeli, hogy a mester negyedszázados tanári működése alatt az egyetemi hallgatóknak a gyakorlatra való kiképzése mellett a *tudomány művelését* s e *működésre való buzdítást* mindenkor egyenrangú feladatnak tekintette.

Az volt a czélja, hogy egy tőzsgyökeres magyar, de a nyugati cultur-államok színvonalán álló szemorvosi iskola és szemorvosi tudományos irodalom létesüljön.

Hosszú időkig az „Orvosi Hetilap" „Szemészet" melléklete volt az ő és iskolája munkásságának ügyszólván az egyedüli hirdetője.

Hazai talajon állva a nyugat tudományos életét meghonosította s ez életbe nemzeti jelleget oltott s csak akkor, midőn e jelleg már érvényesült, akkor lépett a külföld elé, hogy a többi nemzetekkel való szellemi összeköttetést fentartsa, mert ez összeköttetés nélkül, mint a hogy a mester is mondja, nincs haladás, nincs fejlődés.

Azután elmondja, hogy legidősebb társai ősz fejjel jöttek el és 20 éves gazdag tapasztalataikat hozták el ajándékul, s a legfiatalabb gyakornok is szorgalmának és kora lelkesedésének egész erejével igyekezett helyt állani, hogy létrejöjjön a szerény ajándék: a „Szemészet" jubilaeumi száma.

Beszédét így végzi: „Szeretett mesterünk! Tudom nem várszt tőlem jelenlegi személyzeted nevében ékes szavakat. 10 éve vagyok hű embered és munkásságod egyszerű napszámosa s ez idő alatt megtanultam, hogy puritán jellemed nem szereti a szóvirágot, fogadd ezért azon egyszerű igéretünket, hogy a Te szellemed lesz a mienk is, a Te önzetlen tudományos működésed lesz a mi példányképünk, a Te hazafiságod lesz a mi ideálunk!"

A „Szemészet" jubilaeumi számát ezután magyar stylusú díszes bőrkötésben adták át. A boríték Gottermeier mester műve s a következő ajánlást tartalmazza: „*Schulek Vilmosnak* a tudomány önzetlen művelőjének, a jó tanár mintaképének, a szemoperálások nagy mesterének, a magyar szemorvosi iskola megalapítójának hálás és hű tanítványai."

Feuer Náthán egy német nyelven most megjelent könyvének példányát néhány szívből jövő szó kíséretében adta át. *Csiky János* V. é. orvostanhallgató a segítő egyesület elnöke Schulek tanári érdemeit méltatta. *Réczey Imre* a budapesti kir. orvosegyesület nevében 500 orvos szószólója volt. Őszinte jó kívánatait a jelenvoltak élénk tetszés nyilvánulásai között fejezte ki. A budapesti szemorvosok idősb *Siklóssy Gyulát* bízták meg, hogy kollegájuk iránt érzett tiszteletüknek és elismerésüknek kifejezést adjon. Még *Zsilinszky Mihály* államtitkár mondott néhány meleg szót. Schulekben az európai hirű tudóst ünnepelte.

A mester válasza sokszorosan felülemelkedett a szokásos jubilaeumi beszédeken; egész programmot tartalmaz.

Beszéde kezdetén a felhangzott dicséreteket szerényen elhárítja magától. Ezután elmondja a budapesti szemészeti tanszék történetét

ismerteti *Fabinyi Theofil* és *Lippay Gáspár* működését; méltányolja *Hirschler* úttörő munkásságát, a melylyel Magyarországon a szemészet története kezdődik. Magát is *Hirschler* maradó lekötelezettjének mondja és áldja a nagy szellemű ember pártfogását és emlékezetét. Kifejti *Trefort Ágoston* és *Markusovszky Lajos* áldásos működését, melynek idejében került a budapesti szemészeti tanszékre. Ez időben e tanszék ellátása még tökéletlen volt.

Az első évtizedben azon dolgozott, hogy közelebbi szemésztanítványokat toborozzon és neveljen, hogy a tananyagot szaporítsa, s hogy teljesen új szemklinika felállításának szükségét ad oculos bizonyítsa. Törekvésének sikerét *Trefort*- és *Markusovszkynak* köszöni.

1884 óta a magyar tudományos szakirodalom fejlesztésén és szakkönyvtár létesülésén fáradozott.

Köszönetet mond ezután az őt támogató ministereknek, valamint a fiatal szakerőknek is, kik munkásságukkal hozzájárultak az irodalom fejlesztéséhez.

Azután így folytatja: „Ime itt is megajándékoztattam azok becses darabjaival. Meghatottan mondok érettük köszönetet. A jövendőre vonatkozólag: természetes, hogy az orvostanhallgatóknak a szemészetben minél alaposabb oktatása úgy mint eddig, ezentúl is tovább folyjék, az egyéb magasabb tudományos törekvések pedig nemcsak, hogy folytattassanak, hanem még bővüljenek.

Beruházásokban ismét kopogtat az élet. Műszerek tudományos munkálásra (fénytaniak, mikrophotographálás, villamos világítás, tantermi projectiós bemutatások stb.) válnak szükségessé. Rendszeres laboratoriumi tevékenységre adjunctus és néhány helyiség kellenének. Mindezt kellően indokolva idején kérni fogjuk feljebbjeinktől és az országtól.

Nagy szemészeti kézikönyv társas megírásán törjük elvtársaimmal fejünket. Ez leginkább szünidei munka lehet.

Szemorvosi szaktársulat kezdeményezésén gondolkozunk. Csak várjuk, hogy más rokon szaktársulatokkal milyen lesz a tapasztalás. Egészben én magam ez ügyben legtovább habozom, mert a szemészetet mint egyik klinikai mintaszakot a többi orvosi tudomány törzsétől nagyon elválasztani nem kívánom, nehogy az általános orvosi haladás által való termékenyíttetést nélkülözze. Biztosan haladni jobb lesz, a mint arra nagy Markusovszkynk megtanított.

Még tudományos irodalmi műveink közlésére vonatkozólag vannak nyilt kérdések. Legyen szabad néhány szóval ezen ügyet érinteni. Nyelvi elszigeteltségünk miatt értekezéseink az országban rekednek. Világgá kell velük menni. Lefordítanók németre, de így nem veszik fel. Ki kell törülni azt a szövegből, hogy ez a magyarból való fordítás. Így azután ez nekik jól van. Ekkor már két eredeti szöveg lett belőle, egy német, mely a világot bejárja és egy magyar, melyről künn senki sem vesz tudomást. Így azután magyar orvosi irodalom akár nem is léteznék. A miről tud a világ, az a „deutsche Wissenschaft in Ungarn." Akár mindjárt csak németül írnánk. A mieink így is megértik, sőt igazában ekkor kezdik megbecsülni.

Szerény véleményem az, hogy ez nem jól van így. Egyenesen osztrák vagy német tartomány képében állunk vele.

Sőt ha a német közlés azzal az eredménynyel jár, hogy az író itthon magasabbrendű tudósnak látszik, mert a nagy tudós világ elismert tagjává lett és ha azon további eredmény jár vele, hogy az írót künn mint a „barbár magyarok" közt a tudományosságnak mostoha körülmények között terjesztőjét megsajnálják és művét bátorításból lehető magasra taxálják; akkor ezt a helyzetet talán egy kis túlzással *kétértelműnek* is szabad nevezni. Viszont beismerni kell, hogy az író emberileg jogosítva van munkáját lehető magasan értékesíteni; továbbá, hogy az orvosi tudományra nézve mindegy milyen nyelven mívelik; sőt hogy más kisebb nemzetek sem makacskodnak azon, hogy az orvosi (általában a természet) tudományt saját nyelvükön vigyék előbbre és a svédek s hollandok németül, a románok s görögök franciául publicálnak.

És mégis azt vélem, hogy ez az ügy jól meggondolandó. Hátha még idővel még veszedelem is válhatnék belőle? Az európai continens közepén élünk és nem a szélén. Ez talán külön számba jön. *Physikalis törvény szerint a közép hely jó az erősnek, onnan uralkodhatik mindenfelé. A gyengét a középben könnyen összenyomják, még akaratlanul is.* Már ma is, midőn vérünkre szövetkoztünk a nagy Németországgal, a „Schulverein" boldogítani akar, a nélkül, hogy kérjük, a német műveltséggel. Hátha még idővel hatalmasabb lesz és nálunk még több német tudományt lát fejlődni, mely az ő gondoskodását egyenesen kihívni látszhatik, mint ezt így magyarázni érdekében levőnek találhatná. *Caveant consules!*

Szerény nézetem az irodalmi orvosi közlésekről az, hogy ezeket is úgy mint minden egyéb (szellemi) terméküket nemzeti zászlónk védelme alatt kell világgá vinni és a közléseknek olyan alakját kell keresni, melyről a mi nemzeti színünk semmiképen le nem mosható. Én legalább nem tudok abba belenyugodni, hogy magyar orvos tudományos búvárlata más szín alatt járjon a világban. Ha mindenki kosmopolita tudományban hinne — ám legyen. De a míg más nagy nemzetek tudományos vívmányaikat a maguk javára iratni követelik, mi kisebbek nem lehetünk a magunk kárára oly nagylelkűek, hogy ilyenről lemondjunk. És végre is axioma, hogy a tudomány nem nemzeti, de a ki csinálja, az nemzeti.

Különben akármint legyen az orvosi irodalom nyelvi kérdése, azon egyben talán valamennyien, mélyen tisztelt jelenlevők, találkozunk: hogy a magyar művelődésért lelkesülünk.

Millenáris évünkben eléggé elmerülhettünk multunk történelmében, hogy észrevegyük azt, hogy egy-egy 150—200 év alatt nemzeti lételünkért egy-egy nagy katastrophát kellett elszenvednünk és legjobbjaink csontjait csatamezőkön porlasztatni. Az ilyen lehetőségeknek elejét kell venni a szellemi fölény teljes kivívása által. A magyar nemzet jövője kulturkérdés, mondta a nagyszellemű *Trefort*. Az állami fentartásra verejtékesen munkáló és adózó magyar népnek joga van elvárni, hogy az értelmi munkások neki maradó békét és szilárd életkörülményeket teremtsenek. Az egész nemzet a multban érdemeket szerzett az emberiségért és onnan jogot nyert, hogy az azon körben művelődő nemzetek magaslatára utólag is saját erőlködése útján felemelkedhessék. Ezt el is fogja érni, mert tehetsége hozzá meg van és biztosra vehető, hogy a mint szél száll szabályosan, szellem szintúgy szabályosan száll a századok szerében szülöttekre. A ki gyermekeit szereti és utódaival törődik, az védeni is kívánja jövendő összekoczczanások ellen. És ha már számban nem sokan vagyunk, ezt értelmi fenséggel pótolhatjuk csupán.

Mindez arra utal, hogy magasra művelődjünk, a mihez a tudományos fenség is tartozik.

Ehhez pedig mindenkinek járulni kell, kit hivatása a tudománnyal érintkezésbe hoz és a ki ezen állam jótéteményeit élvezi.

A magyar szellemi nagyság valamennyiünk eszménye, s annak előkészítése, ha lehet megteremtése, valamennyiünk élethivatása. Emberek lenni akarunk a szó magasztos értelmében és pedig úgy, hogy azért magyarok is maradjunk. De azért nemzeti érzelmeink megóvása mellett mégis mindenkinek, a kit megillet, a teljes emberi elismerést megadni készségesek vagyunk.

Én is, mélyen tisztelt gyülekezet ezen nagy eszme szolgálatába szegődtem! Iránytűmet vettem azon alkalommal, a midőn a tanári esküt 25 év előtt letettem.

A feladatról nagyot és azért magamról csak kicsit tarthatok. Gyenge erőimmel telhetően igyekeztem ugyan, de a mi megtermett, nem egyedül az én művem. Talán legrövidebben úgy fejezem ki, hogy a tanári állás és a vele járó körülmények vittek engemet.

Ha mégis ily szeretetreméltóan kitüntetni kegyesek voltak, érette ellentmondás helyett legmélyebb köszönetet mondani tartozom.

Hódoló tisztelettel köszönöm fennkölt gondolkodású vallás- és közoktatásügyi minister urunknak, hogy elismerő levelet hozzám intézni méltóztatott.

Mélyen megköszönöm Csáky Albin gróf volt minister ő excellentiájának, az államtitkár Zsilinszky úr ő méltóságának, Leövey Sándor ministeri tanácsos úrnak, Tóth Lajos ministeri szaktanácsos úrnak és az egész III. ügyosztály érdemdús tagjainak, hogy a szemklinika ügyeit mindenkoron jóakaratukban részesíteni kegyesek voltak. Köszönöm egyetemi és orvoskari tanártársaimnak és orvosegyesületi elvtársaimnak mindig nyilvánított szíves jóindulatát, köszönöm, hogy eszméikkel gazdagítottak és példájukkal buzdítottak, köszönöm, hogy barátságukkal boldogítottak. Kedves volt tanítványaimat, gyakornokaimat és tanársegédeimet baráti keblemre ölelem, a miért velem tartottak, bennem megbíztak és még továbbra is a ragaszkodásra érdemesnek tartanak. Az élet utaira a legjobb szerencsét kívánva nekik, azon öntudatom van, hogy bennük a társadalom kitünő szakerőket nyert, melyeket a kellő helyekre állítani és érvényesíteni már most a mások feladatát teszi. Specialis szemésztársaimmal mindig jó viszonyt tartani igyekeztem. Az orvosi illem-codex szabályai szerint kerültem, hogy rajtuk túltenni látszassam, érdekeik megóvását, a hol alkalom nyilt, szem előtt tartottam. Köszönöm az érte adott elismerést és folytontartó baráti összetartásra szíves készséggel ajánlkozom.

Az egyetemi hallgatóságot különösen szívembe zárom. Ők adják az intellectualis alapot, melyről az egyetemi professor Anteusként mindig újra erőt merít. Mi a mi működésünk, ha az rajtuk meg nem nyilatkozik?! Mi czélja volna culturalis erőlködésünknek, ha folytatásukra belőlük új erők nem merülnének fel? *Az ifjúság gondolata is már éltető napfény a jubiláló professornak.* Ezt a teremtő erejét a nemzeti regeneratiónak az Ég Úra tartsa meg nekünk erőben és azon elevenségben, melyet leendő utódainkban látni oly jól esik. Köszönöm vonzalmukat s azt teljesen viszonzom. Éljenek!

Schulek beszéde igaz és mély hatást gyakorolt.

Este 6 órakor az országos casino termében gyült össze ebédre az ünneplő társaság. Itt a tanítványok nevében *Csapodi István* tanár köszöntette fel a mestert. Általános figyelem között szólt ezután *Korányi* tanár. Emlékezetéből felidézi *Arlt* szavait, ki már évtizedek előtt kiemelte *Schulek* önállóságát, mely mai beszédjében is megnyilatkozott. A jövő, a még nagy jelentőségű munkásságot igérő tudóst élteti. *Klug Nándor* magának vindicálja, hogy ő *Schulek* legrégibb tanítványa, mert mint *Arlt* tanársegéd étől sokat tanult. A szakadatlan munkásságot kifejtő tudóst ünnepeli. *Blaskovits Fridolin* tanársegéd az üdvözlő iratokat olvasta fel, ezek között *Wlassics Gyula* minister, Berzeviczy Albert, Bedő Albert, a kolozsvári egyetem rektora és tanárai, a vidéki orvosegyesületek, Sattler lipcsei egyetemi tanár, titkos tanácsos, Creniceanu bukaresti, Popovics belgrádi orvosok (utóbbiak a mester tanítványai) leveleit. Elmaradásukat kimentették: Bánffy Dezső miniszterelnök, Schlauch Lőrinez biboros püspök, Fejérváry és Darányi miniszterek, Görgey tábornok, Kovács József tanár stb.

***

Az egyetemi építkezések. *Wlassics Gyula* vallás- és közoktatásügyi minister a képviselőház február 16-diki ülésében az egyetemek számára szükséges telekvásárlásokról és építkezésekről szóló alábbi törvényjavaslatot nyujtotta be:

1. §. A két tudomány-egyetem és a József-műegyetem számára sürgősen foganatosítandó telekvásárlásra és építkezésekre két millió hatszázezer (2.600,000) osztr. ért. frt engedélyeztetik.

Ezen összegből a budapesti tud.-egyetem czéljaira hatszázezer (600,000), a kolozsvári tud.-egyetemmel kapcsolatos „Karolina“ országos kórház felépítésére egy millió négyszázezer (1.400,000);

a kir. József-műegyetem helyiségeinek szaporítására hatszázezer (600,000) frt fordítandó.

2. §. A vallás- és közoktatásügyi minister köteles lesz az országgyülésnek minden egyes építkezés tervét és költségvetési előirányzatát az állami költségvetés rendén, avagy külön jelentéssel bemutatni és a telekvásárlásokról részletes jelentést tenni.

3. §. Felhatalmaztatik a kormány, hogy az 1. §-ban megjelölt építkezések és telekvásárlások 2.600,000 frtnyi költségének részbeni fedezése czéljából első sorban az erdélyi himlőoltási alapnak jelenleg 262,485 frt 09 krt tevő cselekvő vagyonát felhasználhassa, az azután fenmaradó építési költségek fedezésére pedig a budapesti tudományegyetem alapjából megfelelő kölcsönt vehessen fel, mely kölcsön 4 és fél százalékos kamatozás mellett megszakítás nélkül egymásután következő hetven félévi részletben lesz az államkincstárból az egyetemi alapnak megtérítendő.

4. §. A jelen törvény 1. §-ában felsorolt munkálatok költségeire fordított összegek a vallás- és közoktatásügyi tárcza beruházásánál, mig az „Erdélyi himlőoltási alap“ felhasználása útján befolyó összeg, valamint az egyetemi alapból felvehető kölcsönösszeg a vallás- és közoktatásügyi tárcza átmenti bevételénél számolandók el.

5. §. Ezen törvény kihirdetése után azonnal életbe lép, végrehajtásával a vallás- és közoktatásügyi minister és a pénzügyminister bizatik meg. *Wlassics Gyula* dr., s. k.

* * *

A közegészségi egyesület közgyülése. F. hó 18-dikán tartotta közgyülését az *Országos Közegészségi Egyesület* a kir. orvosegyesület helyiségeiben.

A gyülést *Fodor József* elnök nyitotta meg, gondolatokban tartalmas, formájában ékes beszéddel.

Utána *Csapodi István* főtitkár megemlékezik arról, hogy az ezredév ünneplése közepette töltötte a közegészségi egyesület életének első tíz esztendejét. A kiállítás nagy kitüntetést, aranyérmet hozott az egyesületnek, meg azt a kedves emléket, hogy elnöke Fodor József a legkiválóbb kitüntetések egyikét kapta a királytól. Annál lesujtóbb az egyesületre, hogy Fodor véglegesen visszavonul az elnökségtől. A jelentés az év története során megemlékezik az egyesület békésmegyei osztályának megalakulásáról, a mi Fábry Sándor alispánnak és Zöldy János főorvosnak az érdeme. Az egyesületnek ez idő szerint 1250 tagja van. Választmánya szépen működött, volt az egyesületben 8 népszerű felolvasó ülés. Az *Egészség* folyóirat 6 füzetben tizedhatodfél íven jelent meg. Az egyesület tőkéje 9 frt 35 kr. hián 30,000 frt. Az elhunyt Markusovszky Lajos érdeme, hogy ekkora alaptőke kamatai biztosítják az egyesület fennállását. Végül búcsúzik főtitkári állásától.

Elischer Gyula pénztáros jelentése szerint az évi bevétel 5877 frt 51 kr. volt, a kiadás 4253 frt 38 kr. Az elnök indítványára a közgyülés köszönetet és elismerést szavazott a buzgó pénztárosnak.

Kun Pál a békésmegyei osztály titkára felolvasta az osztály jelentését. A hódmezővásárhelyi osztályét *Frank* másodtitkár olvasta fel.

Indítványt *Csatáry Lajos* min. tanácsos adott be, melyet hosszabb beszédben okolt meg. Azt indítványozta, hogy az egyesület intézzen emlékiratot a belügyministerhez, hogy a polgárok életbiztosságának érdekében a villamos kocsik közlekedését czélszerübben szabályozza. *Müller Kálmán* javaslatára az ügyet a választmányhoz tették át.

Kőrösi József lelkes beszédben szólt a távozó elnök, Fodor József érdemeiről, kinek valamint Dollinger Gyula másodelnöknek a jegyzőkönyvben fejezte ki a közgyülés háláját és köszönetét.

A tisztújításnak a következő eredménye lett: Elnök: *Müller Kálmán* min. tanácsos. Másodelnök: *Csapodi István* egyet. tanár. Főtitkár: *Frank Ödön* közegészségi felügyelő. Másodtitkár: *Rigler Gusztáv* egyet. magántanár. Osztályelnökök: *Klug Nándor* egyet. tanár, *Ilosvay Lajos* műegyetemi tanár, *Klamarik János* ministeri tanácsos, *Kőrösi József* statist. igazgató. Osztálytitkárok: *Aujeszky Aladár* egyet. tanársegéd, *Szilágyi Gyula* műegyet. magántanár, *Schuschny Henrik* iskolaorvos, *Thirring Gusztáv* statist. aligazgató. Választmányi tagok: *Hőgyes Endre* (új), *Réczey Imre*, *Bókay Árpád* (új), *Than Károly*, *Bókay János*, *Dollinger Gyula* (új), *Chyzer Kornél*, *Leövey Sándor* (új).

Végül az új elnök köszönte meg a maga és tiszttársai nevében a választást.

* * *

Pestis-hirek. Indiában a járvány mindjobban harapódzik az ország belseje felé; újabban már Delhi-ben és Cawnpore-ban is megjelent a baj. Madras-ban, mely a Mekkába zarándoklóknak indulási helyül lett kijelölve, a mióta a bombay-i kikötőt előlük elzárták, szintén előfordult már gyanús megbetegedés. Február hó 4-dikéig Bombayban összesen 5098 megbetegedés fordult elő pestis következtében, melyek közül 3841 végződött halálosan.

Kandaharban, Afghanistan legnagyobb iparos városában, szintén több pestis-eset fordult elő, a mi annál veszedelmesebb, mert ide közel már vasút van, melylyel könnyen terjedhet rövid idő alatt nyugot felé a baj. A baj megakadályozására az orosz kormány az egész transkaspi területet elzárta katonai kordonnal, Takhtabazar kivételével, a hol orvosi megfigyelő állomást szervezett.

Perzsia is erősen védekezik a pestis behurczolása ellen, és pedig úgy Afghanistan, mint Beludchistan felől; ez utóbbinak több kisebb kikötő helyén fordultak elő pestis-esetek, Bidek-től és Kamari-tól kiindulólag egészen Guadar-ig és Djivani-ig, mely utóbbi helyek már egészen közel vannak a perzsa határszélhez.

A nemzetközi egészségügyi értekezlet e hó 16-dikán nyitották meg Velenczében a királyi palota nagytermében.

Bonin Longare gróf, a külügyministerium másod államtitkára, üdvözölte a hatalmak küldötteit a király nevében; a király egyúttal őszinte szerencsekivánatait küldi az értekezlet munkálkodásához.

Az osztrák-magyar delegátus köszönetet mondott Bonin grófnak szives szavaiért és kérte, adja át a királynak az értekezlet hódolatát. Az értekezlet feladata az, h gy kiegészitse a velenczei, drezdai és párisi értekezletek határozatait, megvizsgálva, milyen mértékben alkalmazhatók annak idején a cholera ellen tett intézkedések a pestis ellen. Nem kevésbbé fontos feladata az értekezletnek, hogy keresztülvigye a párisi értekezlet még függőben levő határozatainak ratificatióját.

A jegyzők megválasztása és az osztrák-magyar külügyi kormány által előterjesztett munkaprogramm felolvasása után elhatározta az értekezlet, hogy e programmot másnap veszi tárgyalás alá. A tárgyalások további menetéről eddig még nem érkeztek hirek.

Vegyesek.

Budapest, 1897. február 19-dikén. *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1897. január 31-től 1897. február 6-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 466 gyermek, elhalt 235 személy, a születtek tehát 231 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 1, roncsoló toroklob 3, hökhurut —, kanyaró 5, vörheny 1, himlő —, typhus abdominalis 2, gyermekágyi láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 2, agykérlob 10, agyvérömleny 5, rángások 8, szervi szivbaj 24, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 48, tüdőgümő és sorvadás 32, bélhurut és béllob 24, carcinomata et neoplasmata alia 12, méhrák 3, Bright-kór és veselob 8, angolkór 1, görvélykór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 13, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 10, erőszakos haláleset 9. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2360 beteg, szaporodás 677, csökkenés 654, maradt e hét végén ápolás alatt 2433. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1897. február 5-től február 12-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 22 (meghalt 3), himlőben —, álhimlőben 1, bárányhimlőben 44 (meghalt —), vörhenyben 25 (meghalt 3), kanyaróban 150 (meghalt 3), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 32 (meghalt 2), trachomában 15, vérhasban —, hökhurutban 14 (meghalt —), orbánczban 12 (meghalt —), gyermekágyi lázban —.

△ **Adomány.** A budapesti orvosi kör kebeléből kiindult „*Orvosok jogvédő egyesülete*“ (elnöke Papp Sámuel dr.) legutóbbi választmányi ülésén „az *orvosi kör országos segélyegyletének*“ 50 frtot adományozott.

— **Schürger Adolf** dr.-t a belügyminister a székes fővárosi államrendőrséghez rendőrorvossá nevezte ki.

— **Kecskeméti István** dr.-t az igazságügyminister a kecskeméti törvényszék területén és fogházában az orvosi teendők végzésével bizta meg.

— **Új magántanárok.** A közoktatásügyi minister *Tauszk Ferencz* dr.-nak a belgyógyászati vizsgáló módszerekből, *Fodor Géza* dr.-nak a vér és az anyagcsere betegségeinek kór- és gyógytanából, *Rigler Gusztáv* dr.-nak az egészségtani vizsgálatok rendszereiből és *Imrédy Béla* dr.-nak a hasüri szervek betegségeiből magántanárokká történt képesítésüket jóváhagyta és őket e minőségükben megerősítette.

— **Az osztrák orvosi fakultások látogatottsága.** Az 1896/7. tanév téli felében az osztrák egyetemek orvosi fakultásain összesen 4728 hallgató volt beiratkozva és pedig Bécsben 1936, Prágában a cseh fakultáson 806, a németen 569, Grácban 665, Lembergben 117, Krakkóban 354, Innsbruckban 281.

— **A német sebésztársaság** legközelebbi congressusát április hó 21-dikétől 24-dikéig tartja Berlinben. Tárgyalásra ki vannak tűzve: 1. A gyomorfekély sebészi kezelése. 2. A Röntgen-sugarak alkalmazása a sebészetben. 3. A prostata hypertrophia műtéti kezelése.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár újonnan épült **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitüno ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.

Téli kúra rheumatikus bajok, köszvény, ischias stb. ellen **a Szt. Lukács-fürdőben** Budapest.

A szállodák és fürdők egy épülettömböt képeznek. *Minden helyiség jól fütve van. Meghülés kizárva.* **Kénes iszapfürdő.** Helyi bántalmak kezelése. Douche-massage és iszapborogatás által. Lift és felvonó a vízben. Olcsó és jó pensio. Prospectust küld az igazgatóság.

Mi az anusol?

Anusol a **F. BUCHKA's Kopfapotheke** által Frankfurtban Suppos. Haemorrh. anusoli alakjában készittetve biztos szer az

aranyeres csomók ellen.

Az anusol-suppositoriumok nem tartalmaznak **narcoticumot.**

Raktár Budapesten: Nádorgyógyszertár, Váczi-körút.

Negyvenegyedik évfolyam. 9. szám. *Budapest, 1897. február 28.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A malomkövet vágó munkások megbetegedéseiről.

Friedrich Vilmos dr., a budapesti kerületi betegsegélyző pénztár főorvosa.

A malmokban dolgozók közül a malomkövek készítésével foglalkozók leginkább vannak kitéve úgy a sérülések, mint a megbetegedések legkülönbözőbb fajainak.

A malomkövek igen kemény, még az üveget is karczoló, többnyire franczia eredetű édes vízű kovakövekből készülnek; átmérőjük 0·5—2 méter, őrlő felületeiken barázdákkal s rovátkákkal vannak ellátva. Az őrlendő minősége s a hajtó sebesség gyorsasága okozza a köveknek, illetve az őrlő felületnek gyorsabb vagy lassúbb tönkrejutását. Ezen kövek s a kőben levő rovátkáknak, az ívalakú barázdáknak kiélesítését a malomkővágók eszközlik, míg a malomkő tulajdonképeni készítése a faragók dolga. Az őrlésben kikopott kő a munkás által ülőhelyzetben kivágatik, olykép, hogy a testet egyik oldalra hajtja, a könyöket a kőre fektetett vánkoson megtámasztja, hogy az által a kitéréseket kisebbítse és igy a két kézre fogott fatuskóba erősített aczél ékkel, 8—10 hüvelyknyi vésővel a kő élesíttetik lassú egyenletes ütésekkel, melyeknél az egyik kéz a fatuskót irányítja, míg a másik kéz azt mozgatja. E munkánál, melyet rendszerint félkarig felgyürt ingben végeznek, a felső test gyorsan elfárad s igy rendesen már 1—2 óra kővágás után a törzset erősen előrehajtják; és hogy a vésőnek irányát biztositsák, hogy az emelendő tuskó felemelésénél az erőt is kiméljék, hassal a kőre támaszkodnak.

A kövek igen nagy keménységénél fogva a munkánál az aczél véső finom vége gyorsan tönkre megy. Ezen lepattant aczéldarabok a környezetbe ugornak, igen könnyen sérüléseket okozva.

Az egy napon elhasznált tompavégű vésők többnyire ugyanazon munkások által kemény köveken élesíttetnek.

Fontosnak tartom még megjegyezni, hogy ezen kőmunkások nem külön, e czélnak szolgáló helyiségekben élesítik a köveket s az elkoptatott vésőket, hanem e munkát a malomban magában végzik vagyis oly helyiségben, mely nem a legvilágosabb, s melyben csekély kivétellel — még a legújabb berendezésű malmokban is, hol a lisztnek a levegőbeni elporlása ellen intézkedések tétettek — száll bár kis mérvben a liszt s igy állandóan igen poros.

A folyton ugró kis aczéldarabok okozzák, hogy a malomkővágók már azonnal megismerhetők kezeik után, melyek leginkább s legközvetlenebbül ki vannak téve a nagy erővel elpattogó éles aczéldarabkáknak. Minden ily munkánál csak néhány hó óta alkalmazottnak keze, különösen a kézhát, kevésbbé az ujjak, az alkar, de elvétve a felkar alsó harmadának bőre is olyan, mintha tátoválva volna. Finom alig észrevehető barna pontok váltakoznak nagyobb barna, barnás-feketés, vöröses-fekete és sötét feketés foltokkal és különösen az ujjizületek felett ülő nagyobb kiemelkedő, kemény tapintatú göbökkel. E kisebb-nagyobb foltok a vér által élenyített, oxydált vas. A szabad alkali (Albrecht) s az oldékony fehérnyetestek a vassal vasalbuminatokat képeznek s barnára festik a szöveteket, melyekbe behatolnak, míg a képződött vaskéneg a bőr szövetét feketére festenyzi.

Az izületek feletti és a bőrt kiemelő göbök a bőrbe beugrott 3—6·5 millimeternyi aczéldarabok (lásd a mellékelt ábra). A siderosis a jobb kézen rendszerint erősebben van kifejlődve, bár azoknál, kik felváltva irányítják kezeikkel a vésőt, a bal is igen jól van festenyezve.

A karokon az aczéldarabkák rendszerint semminemű kellemetlenséget sem okoznak, csak a kézen s az ujjizületek felett levő nagyobb aczéldarabok okoznak könnyen a folytonos idegen test okozta izgalom folytán kötszöveti lobot, ritkább esetekben csonthártyalobokat, melyek az aczél excisiójával gyorsan múlnak. A bőrnek ezen barna s fekete festenyzettsége még a homlokon is mutatkozik, különösen azoknál, kik előrehajlott testtel szoktak dolgozni.

A bőrön könnyen keletkeznek erosiók vagy pedig igen heves viszketés, melynek végeredménye az erőművi bőrlob (dermatitis traumatica) s a bőrlob (erythema). Bár a dolgozó termek levegőjében por bőven van, mely a szőrtüszők kijáratait eldugaszolhatná, s mely a munkánál a verejték bővebb

elválasztását megakadályozza, furunculosist aránylag igen ritkán tapasztaltam.

Az eszköz tartásától nem ritka a kéztenyéren a bőr keményedése. A könyök izülete tájain daczára az olecranonra gyakorolt állandó nyomásnak hygromat egy esetben sem láttam.

A törzs előrehajtása s állandó oldal tartása munkánál okozza egyeseknél a nyakcsigolya alsó részének s a mellkasi csigolyák felső részének scoliosisát.

Az arcz halvány, az arczon, különösen az orron nem ritkák finoman elágozódó hajszáledények s az idősebb munkásoknál feltünő az orr bőrének cyanosisa és a mellkas hordó alakja.

A szem kötőhártyának lobja majdnem állandó tünemény s az aczéldarabkák s a kőtörmelékek sérülése gyakran okoznak cornealis sebeket s mélyebb sérüléssel járó szembeli következményes bántalmakat. Néha azonban ily aczéldarabok, melyek még a védő üvegen keresztül is hatolnak, a sclerába jutnak s ott subscleraliter minden baj és következmény nélkül maradhatnak.

A sok pornak lerakása által, mely a termekben állandóan nagy mennyiségben kering, a füljáratok eldugulnak s gyakori dobhártya-megbetegedések okoztatnak.

Az orr nyákhártyája állandóan duzzadt és hurutos.

A száj és garat, légcső és gége nyákhártyája erősen belövelt, a gégefedőn nem ritkák a kiterjedt hurutos fekélyek.

Az ezen betegek panaszait képező száj szárazságának, rekedtségi s köhögési ingernek oka a garathurut, illetve a heveny vagy idült gége- vagy légcsőhurut.

Már korai ezen munkásoknál a kiköpés, mely már 2—3 havi munkásoknál is egy a tüdő alsó részére kiterjedt hörghurut eredménye.

Ezen munkásoknál igen gyorsan jelentkezik a tüdőhatárok leszállása s az 1—2 évnél hosszabb időn át a nehéz és veszélyes munkával foglalkozóknál tüdő emphysemának jelei mutatkoznak. Az öreg (10 éves) munkásoknál az emphysema oly nagyfokú, hogy a tüdők rendes határai 2—3 bordával lejebb terjednek s az erős hurutos tünetek s a nehéz légzés időnként oly hevesen lépnek előtérbe, hogy kénytelenek hosszabb időre a munkát beszüntetni.

Míg a köpet eleinte inkább hurutos jellegű, alig nyálkás, később a köhögés igen nehézkes, a köpet tapadós, szenyes szürke, sőt fekete-szürke a benne felhalmozódott különböző nemű portól.

A munkának tovább folytatása a porral szenyezett levegőben, a kőpor és aczéldarabkák állandó belégzése mellett fellépnek elég gyakran hurutos tüdőlobok, melyek igen gyorsan átmennek az idült stadiumba, vagy ha mégis 2—4 hét alatt gyógyulnak, a munka újbóli megkezdése után gyakran néhány héttel egy újabb tüdőlobbal váltatnak fel.[1] Ha a munkások azon időpontban, midőn csak a hurutos tünetek s tüdőtágulás jelei mutatkoznak, más könnyebb foglalkozás után néznek, a légzési nehézségek s a hörghurut aránylag rövid idő alatt elmulnak; sőt a hurutos tüdőlob idült alakjainak első fellépésekor nem ritkán tapasztalható, hogy pormentes levegőben tartózkodva, sőt könnyű foglalkozás mellett a szabad tiszta levegőn mily gyorsan mulik el a nagyfokú cyanosis, a hurutos tünetek, mily szépen tünnek el a hurutos tüdőlobnak megfelelő tompulat s ezzel kapcsolatosan a hörghurut s bő kiköpés.

A malomkő-munkások rendszerint megbetegedésük ily stadiumában önként hagyják el foglalkozásukat, de mivel néhány heti munkaszünet s pihenés után újból visszatérnek foglalkozásukhoz, a nehéz légzés kétszeres erővel lép fel, mely idővel asthmaszerű, nehéz légzéssé fokozódva a munkásokat a munka teljes beszüntetésére kényszeriti. Ez is egyik oka, hogy malomkő-munkások oly ritkán halnak meg mesterségök mellett.

A tüdőbeli tünetek javulása természetesen csak akkor áll be, ha a tüdő nagyobb destructiója még nem állott be, mert a gyakori hurutos tüdőlobok következményekép jelentkező destructio esetében, valamint azon esetben, ha a tüdő kezdetleges megbetegedéséhez tuberculosis társul s a köpetben bacillusok mutatkoznak, a munkától tartózkodás csak oly értékű mint minden más tüdőbeli tuberculosisnál.

Ezen munkások állandó panasza, talán még gyakoribb mint a köhögés, a székszorulás és az étvágytalanság, mely munkaszünetelés mellett minden gyógykezelés nélkül gyógyul, illetve javul.

(Folytatása következik.)

[1] E tünetek a malomkő-gyárakban, hol a munkások gyakran egész éven át nyitott műhelyben dolgoznak, hol tehát a levegő kevésbbé poros, szintén tapasztalhatók, bár kisebb mérvben.

Közlemény a Tauffer Vilmos tanár vezetése alatt álló II. szülészeti és nőgyógyászati klinikáról.

A magas fogóról, különös tekintettel a szűk medenczékre.

Közli: *Tóth István* dr., egyetemi tanársegéd.[1]

(Folytatás.)

A 24 szülőnő *korát* illetőleg:

20—30	év közt volt	12	szülőnő,
30—40	„ „ „	9	„
40 éves		1	(XV-ször szülő),
ismeretlen korú	„	2	szülőnő.

Az előbbi csoport adataival összehasonlítva látjuk, hogy szűk medenczénél fiatalabb korban azaz előbbi szüléseknél állottak be azon veszélyes körülmények anyára avagy magzatra nézve, a melyek rendes medencze mellett csak későbbi szüléseknél, avagy magasabb korban (koros IP.-nál) szoktak jelentkezni.

A *medenczéket* a következőképen osztályozhatjuk. (Az adatok részben hiányos volta miatt csak tágabb csoportokba oszthatjuk eseteinket.)

Lapos medencze	12	(11 élő, 1 halott magzat).
Általánosan szűk medencze. .	12	(10 élő, 2 halott magzat).

A conjugata diagonalis:

11 cm. alatt volt 7 esetben (mind élő magzat.)
A legkisebb conj. diag. 10 cm. (2 eset.)

Mindezen adatok így természetesen egyoldalúak, csak a szülőcsatornára vonatkoznak, míg nincsenek vele szembeállítva a magzatok méretei, már pedig e két tényező közötti relativ viszony, illetőleg ennek felismerése bir legnagyobb fontossággal. Miután most csak a táblázatok összefoglalását kivánom adni, e pontra később térek rá.

A fej: beékelve volt a bemenetben 10-szer (9 élő, 1 halott magzat), *a bemenet felett,* illetőleg még kimozdítható volt 14 esetben (12 élő, 2 halott magzat). *Naegele-féle obliquitást* ismertünk fel 4 esetben (élő magzatok), *hátsó falcsontfekvést* találtunk egy esetben (élő magzat.)

A fogómütét, illetőleg a szülés befejezésének *indicatióját* szolgáltatta:

15 esetben:	a cervix kinyúlása, ruptura veszélye,	
4	„	fájdalomgyengeség mellett a magzat veszélye,
3	„	a hosszú kitolás okozta kimerülése az anyának (közte 2 lázas),
1	„	eclampsia,
1	„	köldökzsinór előesés.

A mint ez adatok mutatják, indicatióink megszorítottak; a legtöbb esetben az anya részéről fellépő egyik legveszélyesebb tünet, a cervixnek kinyúlása mellett, a ruptura veszélyének felismerése késztetett a beavatkozásra.

A III-dik időszak rendes volt 18 esetben; kis atonia kisérte 2 esetben, egy esetben a profus vérzés miatt le kellett választanunk a lepényt, 3 esetben pedig az atonia (részben a méhszáj berepedése) miatt a méh tamponálását végeztük. Ez utóbbi 3 esetben kinyúlt cervix mellett operáltunk.

[1] Lásd az Orvosi Hetilap 7. számát.

Magas-fogó kisérlet.

	Év, fejlap száma	Név, kor	Hányadik szülés? Előző szülések	Vajudás tartama	Magzatvíz elfolyása	Medencze	Fej állása	Méhszáj minősége	Indicatio	Műtét	Magzat	Lepényi időszak	Sérülés	Gyermekágy	Megjegyzés
35.	1889. Plk. 692.	V. K. 37 éves	IV P. és pedig I P. forceps, II. és III P. spontan, halott magzat	Több mint 2 nap óta	Több mint 2 nap előtt	26, 27, C. e.? *conj. d. 10·0 cm.*, lapos	I. kf., a bemenetben rögzítve, *Naegele*-féle obliquitas	Tünőfélben, oedemás szélekkel	Elhúzódó szülés, kinyult cervix. T. 38·2 C°	Forceps kisérlet Breus-féle fogóval; *élő* magzat perforatiója	Jól fejlett fiú	Rendes	—	3 napon át 39·0 C°-ig emelkedő T. (?), XIII. napon felkel	—
36.	1890. Plk. 253.	B. S. 27 éves	I P.	34 óra	32 óra előtt	*Conj. diag. 11 cm.*, általánosan szűk	I. kf., a bemenetben rögzítve, kis kutacs mélyen	4 ujjnyi (incisio)	Bűzös magzatvíz. T. 39·1 C°, p. 120, cervix kinyulás jelenségei	Fogó kisérlet Breus-féle fogóval; *élő* magzat perforatiója	Erősen fejlett fiú	Rendes	Hüvelyi zúzódások	Láztalan. XI. napon felkel	—
37.	1891. K. 275.	K. H. 35 éves	IV P., 2 első halott magzat, orvosi segélylyel. III. P. klinikánkon, har. fkv., fordítás, élő magzat	24 óra	6 óra előtt	26, 27, 17·5, *conj. d. 10·0 cm.*, lapos	I. kf., a bemenetre reányomva	Eltünt	Hosszú kitolás mellett, a fej beilleszkedésének hiánya	Fogó kisérlet Breus-féle fogóval, *majd fordítás, az utoljára jövő fej perforatiója*	56 cm., 4400 gm.	Rendes	A cervix mellső fala harántul átrepedt	Penetráns ruptura után peritonitis, *mors*: a IV. napon	Lásd: később fejről lábra fordítások között IX. szám
38.	1892. K. 195.	M. J. 22 éves	I P.	4½ nap	6 óra előtt eltünt méhszáj mellett	23·5, 27, 18, *conj. d. 11·0 cm.*, általánosan szűk	I. kf., a bemenetre reányomva, mérs. *Naegele-féle obliquitas*	Eltünt	Cervix kinyulás, contractiós gyűrű	Fogó kisérlet Breus-féle fogóval, *elhalt* magzat perforatiója	53 cm., 3900 gm., (agy nélkül)	Rendes	Episiotomia. Húgycső körül zúzódás	3-szor 38·0 C°-ig emelkedő T., mérsékelt bűzös folyás. Varrat per primam egyesült	—
39.	1894. Plk. 44.	P. J. 28 éves	V P. rendesek	41 óra	4—5 liter magzatvíz 5 óra előtt 4 ujjnyi méhszáj mellett	Rendes	I. kf., a bemenet felett, mérsékelten rögzítve	Bőven 4 ujjnyi, tágulékony	T. 37·4 C°, p. 120, súlyos nephritis, nagy légzési nehézségek, a fej beilleszkedésének hiánya	1-ször Breus-, 2-szor Tarnier-fogóval kisérlet; *élő* magzat perforatiója	57 cm., fej igen erősen fejlett, kemény, kerülete *46* cm.!	Mérsékelt atonia	A cervix fala hátul zúzott	Láztalan	—
40.	1894. Plk. 93.	Sz. J. 41 éves	I P.	20 óra	Több mint 12 óra előtt 1 ujjnyi méhszáj mellett	25, 27, 17·5, *conj. d. 10·0 cm.*, általánosan szűk	I. kf., a bemenetben rögzítve	4 ujjnyi (incisio)	T. 39·0 C°, p. 104, cervix kinyulás	Naegele-féle fogóval kisérlet után az *élő* magzat perforatiója	Jól fejlett fiú	Rendes	Nagy zúzódások a hüvelyben	Napokon át lázas, ulcus; a XVIII. napon felkel	—
41.	1894. Plk. 379.	M. G. 28 éves	VII P., 4-szer orvos fejezte be, közte 1 perforatio	4 nap óta	4 nap előtt	26·5, 28·5, 17·5, *conj. diag. 10·0 cm.*, lapos	I. kf., a bemenetben részben beékelődve, *Naegele-féle obliquitas*	Tünőfélben	T. 38·0 C°, kinyult cervix, contractiós gyűrű	Fogó kisérlet Tarnier-vel; *élő* magzat perforatiója	Jól fejlett	Rendes	—	Láztalan	—
42.	1895. K. 262.	N. A. 35 éves	VIII P., 3 spontan élő magzattal, 1 halott magzattal; 1 abort., 2 szülés orvosi segélylyel	36 óra	Több mint 24 óra előtt	26, 27, 18·5, *conj. d. 10·5 cm.*, lapos	I. kf., a bemenetre harántul reányomva	4 ujjnyi oedemás szélekkel	Hosszú kitolás után atonia uteri; T. 37·9 C°, p. 116. Anya kimerült	Tarnier-féle fogóval kisérlet; *halott* magzat perforatiója	Fiú, 57 cm., 3700 gm., agy nélkül	Rendes	—	Láztalan	—
43.	1896. K. 219.	T. J. 36 éves	IV P., I P. forceps, halott m.; II. és III P.-t szintén orvos fejezte be, halott magzatok	25½ óra	24 óra előtt	23, 25, 18, *conj. d. 10¼ cm.*, általánosan szűk	I. kf., a bemenetben beékelve	4 ujjnyi oedemás szélekkel (incisio)	Kinyult cervix, contractiós gyűrű, ruptura veszélye	Tarnier-fogó lecsúszott; *élő* magzat perforatiója	Fiú, 46 cm., 2950 gm., 33 cm.	Rendes	Zúzódás	1-szer 38·6 C° (?)	—
44.	1896. Plk. 636.	H. Gy. 35 éves	VIII P. rendes	22 óra	7 óra előtt	27, 30, 20, rendes	I. homlokfekvés; beékelődve	Eltünt	T. 38·4 C°, kinyult, cervix, contractiós gyűrű	Tarnier-fogó lecsúszott, *élő* magzat perforatiója	Fiú, 53 cm., 34 cm.	Rendes	—	Láztalan	—

Az anya *lágyrészeinek* jelentékenyebb sérülése nélkül folyt le a fogóműtét 17 esetben, gátrepedés kisérte 2 esetben (I P.-ák), méhszáj berepedés 3 esetben, a cervix erősebb zúzódását láttuk 1 esetben, a hüvely erősebben zúzódott 1 esetben.

A *gyermekágy* láztalan . .	16	esetben	(66·6%),
mérsékelten lázas	6	„	} 33·3%,
tartósabb láz (exsudatum) .	1	„	
sepsis, mors	1	„	
Élő magzatot nyertünk . .	21	„	
Halott magzatot nyertünk .	3	„	(12·5% mortalitás).

***

Összes 34 magas fogóműtétünket áttekintve következő adatokat kapjuk:

Klinikán 9, poliklinice 25.

Norm. med.-nél . . .	10	= 29·4%
Szűk. med.-nél . . .	24	= 70·6%
Primiparánál	4	= 13·3%
Multiparánál	30	= 86·7%

Korra nézve:

20—30 év között volt	14	szülőnő	
30—40 „ „ „	14	„	
40 éven felül „	4	„	= 13·3%
ismeretlen korú „	2	„	
Élő magzatot nyertünk .	28	esetben	= 82·3%.
Halott magzatot nyertünk	6	„	= 17·7%.

Észlelésünk ideje alatt elhalt 1 magzat, ennek beszámításával tehát az összes gyermek mortalitás (7 : 34) = *20·5%*.

A *fej* a bemenetben rögzítve volt 14-szer = 41·2%, (gyermek mortalitás (2) = 14·2%).

A bemenet felett, avagy még kimozdítható 20-szor = 58·8%, (gyermek mortalitás (4) = 20%).

Indicatiót illetőleg: fájdalomgyengeség, hosszú kitolás, magzat veszélye 7 szer, hosszú kitolás mellett az anya kimerülése 8-szor (közte 6 lázas), cervix kinyulás, ruptura veszélye 17-szer = 50%, ecclampsia 1-szer, köldökzsinór előesés 1-szer.

A *Tarnier*-féle fogót használtuk	18-szor
A *Breus*-féle „ „	10-szer
Az *Olshausen*-féle „ „	3-szor
A *Naegele*-féle üregi fogót használtuk . .	3-szor

A *III-dik időszak* rendes . .	36	esetben
kisebb atonia kisérte	3	„
nagy atonia miatt uterus tamponade .	4	„
lepény leválasztás	1	„

Sérülések:

0, vagy jelentéktelen zúzódás	24-szer
gátrepedés	4-szer
méhszáj berepedés	4-szer
cervix zúzódás	1-szer
erős hüvelyi zúzódás	1-szer

Gyermekágy:

Láztalan	24	esetben	= *73·5%*
Lázas kisebb, rövidebb láz	6	„	} = 26·5%
láz, ulcus	2	„	
láz, exsudatum . .	1	„	
sepsis, mors . . .	1	„	
Anya mortalitása (1 : 34)			2·9%

Hiányos s talán nem is hű volna e közlemény, ha be nem számolnánk azon esetekről is, a melyekben a magasan álló fejre sikertelenül alkalmaztuk a fogót, de épen ezek egyszersmind a legtanulságosabbak is, nemcsak mivel ezeket végeztük jóformán a legnehezebb viszonyok között, hanem, mert úgy látszik, ez esetek jelölik meg a határt, a meddig a magas fogó alkalmazásától sikert várhatunk, másrészt az előbbi esetekkel összevetve megmutatják, hogy különösen a szűk medenczénél sokszor alig lehető elbirálása annak, ha vajjon bizonyos fejlettségű magzat feje keresztülhozható-e a kemény szülőcsatornán.

Éppen az esetek fontossága indit arra, hogy az áttekintési táblázat mellett, valamennyinek rövid szülési történetét adjuk. (Lásd a 102. oldalon levő táblázatot.)

(Folytatása következik.)

Közlemény Brandt J. tnr. kolozsvári sebészeti klinikájáról.

A kolozsvári sebészeti klinika működése 1895-ben.

Közli: *Papp Gábor* dr., tanársegéd.

(Vége.)

1895. évi műtéteinket a következőkben testrészek szerint csoportositva adjuk.

Műtétek fekvő betegeken, összesen 521.

I. Fej. Ignipunctura angiománál 4, Excochleatio fistulánál 5, Excochleatio ossis proc. mast. 2, Oncotomia tonsillán, füljáratban 5, Necrotomia phosphor elhalásnál 1, Incisio frenuli linguae 1, Neurectomia zsábánál 2, Labium leporinum műtéte 2, Plastica lab. inf. noma után 1, Tumor exstirpatio plasticával 1, Epithelioma lab. inf. kiirtása 10, Epithelioma lab. inf. kiirtása plasticával 4, Epithelioma lab. super. 2, Epithelioma palpebrae plast. 1, Epithelioma nasi plastica (homlok) 2, Resectio mandibulae (carcin., sarc.) 4, Resectio maxillae super. (sarc.) 1, Stomatoplastica (szűk szájnál) 2, Excisio a nyelvrákból 1, Exstirpatio carcin. linguae 1, Polypus nasophar. kiirtása 2, Uranorrhaphia 1, Exstirpatio bulbi (phthisis bulbi, gliosarc.) 2, más daganatok kiirtása 18; összesen: 75.

II. Nyak. Excochleatio (elgenyedt mirigy stb.) 4, Oncotomia 5, Incisiones (anthrax) 1, Tracheotomia (luetikus szükület) 2, Phlebectasia az állcsúcs alatt 1, Cysta submentalis 1, Carcinoma parotidis 1, Glandulae cancrosae (ajakrák után) 3, Lymphoma kiirtás 39, Lymphoma malign. kiirtása 1; összesen: 58.

III. Mellkas. Resectio costae 7, Sequestrotomia costae 1, Excochleatio ossis 1, Excochleatio (fistula) 1, Oncotomia 5, Mastitis, incisio 4, Thoracopunctio 1, Thoracotomia 4, Incisio projectil eltáv. 1, Amput. mammae és exstirp. neopl. 9, Exstirpatio tumoris 1; összesen: 35.

IV. Has. Amputatio omenti prolapsi 2, Punctio abdominis 2, Exstirpatio (granuloma) 1, Gastrostomia (strict. oesoph.) 2, Operatio radic. hern. lib. inguin. 16, Operatio radic. hern. lib. crural. 3, Operatio radic. hern. incarc. inguin. 4, Operatio radic. hern. incarc. crural. 5, Anus praeternat. hern. incarc. inguin.-nál 1, Anus praeternat. hern. incarc. crural.-nál 2, Anus praeternat. incarc. internanál 1, Resectio interstini hern. incarc. inguin.-nál 1, Resectio intestini anus praeternat.-nál 1; összesen: 41.

V. Végbél, gát. Noduli haemorrhoid. exstirpatio (Paquelin) 7, Noduli haemorrhoid. ligatura 1, Noduli haemorrhoid. carbol-glycerin inject. 1, Fistula ani felmetszése 2, Incisiones stricturae recti 1, Sphincterorrhexis 1, Amputatio recti (carcinoma) 1, Resectio recti (resect. sacri, carcin.) 1, Exstirpatio tumoris 2, Excochleatio 1, Oncotomia 7; összesen: 25.

VI. Férfi húgy- és ivarszervek. Phimosis műtét 5, Paraphimosis 1, Circumcisio 1, Exstirpatio condylom. 1, Catheterisatio prima húgycsősérülésnél 1, Strictura orificii incisio 1, Fistulae urethrae excochleatio 4, Urethrotomia externa 6, Amputatio penis 2, Fistula urethro-perineo-rectalis plast. 1, Hydrocele oper. radicalis 8, Hydrocele inject. sol. Lugoli stb. 4, Castratio 9, Exstrophia vesicae lebenykészítés 1, Hypocystotomia 6, Epicystotomia 3, Litholapaxia 3, Oncotomia 2; összesen: 59.

VII. Női húgy- és ivarszervek. Litholapaxia 1, Exstirpatio polypi uteri 2, Exstirpatio uteri totalis per vaginam (carcin. portionis) 1, Excochleatio port. uteri (carc.) 3, Curettement uteri (endometr.) 3, Myomohysterotomia (hason át) 1, Ligatura arter. uter. (myoma inoper.) 1, Ovariotomia 3, Plastica fist. vesico-vagin. 3, Thermocauterisatio fist. vag.-rect. 1; összesen: 19.

VIII. Medencze. Oncotomia 3, Excochleatio ossis 1, Necrotomia 2, Punctio explorat. 1, Exstirpatio tumoris sacr. 2; összesen: 9.

IX. Felső végtag. Enucleatio digiti 12, Enucleatio digiti plasticával 1, Amputatio phalangis 1, Resectio phalangis 1, Excochleatio ossium 10, Necrotomia 3, Injectio jodoform-glycerinnel izületbe 1, Amputatio antibrachii 3, Resectio cubiti 4, Resectio cruenta lux. cubiti 1, Amputatio brachii 1, Plastica trunci brachii 1, Repositio cruenta lux. humeri 1, Repositio artic. humeri 2, Tumor scapulae kiirtása, a lapocz resect. 1, Lymphoma axillare kiirtása 2,

Ligatura arter. brach. 1, Tendorrhaphia 1, Incisio és oncotomia 25; összesen: 72.

X. Alsó végtag. Enucl. digit. 2, Resectio metatarsi I. 1, Excochleatio calcanei 3, Excochleatio ossium 14, Resectio tali 3, Resectio pedis atypica 4, Operatio Vladimirow-Mikulicz 1, Operatio Chopart 1, Resectio artic. pedis 1, Luxatio pedis, repositio 1, Injectio jodoform-glycer. izületbe 4, Necrotomia 7, Amputatio cruris 9, Reamputatio cruris 1, Resectio fibulae 1, Resectio genu 7, Redressement a térdben 4, Amputatio femoris 10, Reamputatio femoris 3, Plastica trunci femoris 1, Resect. femoris fracturánál 1, Czombtörés ferdén gyógyult fractura miatt 1, Luxatio iliaca, repositio 1, Resectio coxae 2, Exstirpatio tumoris 3, Exstirpatio gland. cancr. ingu. 1, Exstirpatio glandular. inflamm. (bubo) 11, Oncotomia és incisio 25, Sutura musculor. 1, Corpus alienum, incisio, extract. 1, Unguis incarn. mütét 3; összesen: 128.

Mütétek bejáró betegeken, összesen 240.

I. Fej. Incisio: phlegmone 1, Incisio: frenulum linguae breve 12, Incisio: cysta sublingualis 2, Excochleatio ossis 2, Oncotomia 17, Thermocauterisatio 1, Necrotomia 1, Exstirpatio polypi nasi 3, Exstirpatio granulomatis 1, Exstirpatio epithel. lab. inf., sutura 1, Exstirpatio epithel. lab. sup., sutura 1, Exstirpatio tumoris 21, Scarificatio tonsillae 1, Tonsillotomia 9, Excisio carcin. linguae 2, Oper. labii leporini 1, Plastica auriculae 1, Repositio luxat. mandib. 1, Corpus alienum eltávolítása; összesen: 81.

II. Nyak. Scarificatio (furunculus) 4, Oncotomia 5, Exstirpatio lymphomatis 4, Exstirpatio tumoris 3, Extractio corp. alien. oesoph. 3, Depressio corp. alien. oesoph. 1; összesen: 20.

III. Mellkas. Oncotomia 3, Excochleatio 1, Exstirp. carcin. mam. 1; összesen: 5.

IV. Has. Exstirpatio: granuloma 1; összesen: 1.

V. Végbél, gát. Oncotomia 1, Sphincterorrhexis (ulcera) 1, Fistula ani mütéte 1, Haemorrhois, thermocauter 1, Haemorrhois, inject. carbol-glycer. 1; összesen: 5.

VI. Férfi húgy- és ivarszervek. Oncotomia 1, Phimosis mütéte 2, Paraphimosis 1, Circumcisio 1, Hydrocele inject. sol. Lugol. 3; össesen: 8.

VII. Női húgy- és ivarszervek. Excochleatio uteri 1, Thermocauterisatio uteri (carcin. uteri) 1, Excisio (carcin. port. vag.) 1; összesen: 3.

IX. Felső végtag. Incisio 1, Oncotomia 56, Exstirpatio unguis 3, Sutura tendinum 1, Sutura claviculae fractae 1, Plastica: vuln. sclopet. 1, Extractio corp. alien. 6, Enucleatio digiti 1, Exstirpatio tumoris 11, Repositio luxat. hum. 9, Repositio luxat. pollicis 2; összesen: 92.

X. Alsó végtag. Incisio: phlegmone 1, Excochleatio 2, Oncotomia 9, Oper. unguis incarn. 7, Czombtörés ferdén gyógyult fractura után 1, Resectio femoris fracti 1, Resectio pedis (caries) 1, Injectio jodoform-glycerinnel (arthritis chron.) 2, Extractio corporis alieni 1; összesen: 25.

Bejáró betegek.

Összes számuk 1494 volt; testrészek szerint csoportosítva alább következnek. Megjegyzendő, hogy ezeken kivül még 2230 ambulánsunk volt, kiknél foghúzást végeztünk, úgy hogy bejáró betegeink száma összesen 3700 volt.

I. Fej. Contusio 14, Vulnus caesum, scissum 8, Vulnus punctum 1, Vulnus morsum linguae 1, Vulnus contusum 52, Haemorrhagia post extract. dentis 1, Epistaxis 3, Fractura cranii 1, Fractura nasi 2, Fractura mandibulae 2, Luxatio mandibulae 1, Ulcera nasi intern. 10, Scrophuloderma 1, Erysipelas faciei 1, Stomatitis, gingivitis 15, Coryza 4, Pharyngitis, tonsillitis catarrh 20, Otitis media sicca, purulenta 14, Otitis externa, circumscripta 7, Abscessus faciei, capitis 22, Abscessus tonsillae 1, Periostitis mandibulae, parulis 10, Fistula dentalis 1, Ostitis mastoidea 1, Necrosis mandibulae 5, Corpus alienum nasi 1, Corpus alienum meat. audit. 3, Ceruminosis 12, Cysta sublingualis 2, Chalazion 1, Atheroma 12, Cysta dermoidalis 2, Granuloma 1, Hypertrophia tonsillarum 9, Polypus nasi 4, Polypus nasopharyngealis 1, Fibroma 5, Angioma 3, Sarcoma faciei 2, Epulis 1, Naevus pilosus 1, Verruca 3, Epithelioma labii infer. 13, Epithelioma labii super. 1, Epithelioma nasi 4, Epithelioma palpebrarum 2, Carcinoma faciei 6, Carcinoma maxillae super. 1, Carcinoma maxillae infer. 4, Carcinoma linguae 7, Cicatrix deformans auriculae 1, Hydrocephalus 1, Neuralgia supraorbit. 1, Frenulum breve 14, Labium leporinum 1; összesen: 317.

II. Nyak. Furunculus 6, Anthrax 1, Lymphadenitis (eczema) 2, Abscessus 12, Corpus alienum oesophagi 8, Scrophuloderma 10, Lymphoma colli 54, Lymphosarcoma 2, Atheroma 1, Cysta colli 1, Granuloma 1, Fibroma 1, Angioma 1, Struma 6, Fistula post operat. strumae 1, Carcinoma colli 1, Strictura oesophagi 2; összesen: 110.

III. Mellkas, gerincz. Contusio 4, Vulnus caesum 1, Vulnus punctum 3, Vulnus contusum 2, Fractura costae 4, Herpes zoster 1, Ulcus fistulosum 1, Abscessus mammae 6, Abscessus 4, Exsudatum pleuriticum 5, Caries et necrosis costae 8, Caries vertebr. 1, Kyphosis angularis 5, Hypoplasia mamillar. 1, Hypertrophia mammae 1, Carcinoma mammae 7; összesen: 54.

IV. Has. Vulnus scissum 2, Vulnus punctum 2, Herpes zoster 1, Fistula parietis 1, Granuloma umbilici 1, Hernia inguinalis 26, Hernia cruralis 5, Hernia umbilicalis 1, Hernia ventralis 2, Dilatatio ventriculi 1, Lien migrans 1, Hypertrophia lienis 1, Tumor abdominis 9; összesen: 53.

V. Végbél, gát. Fissurae ani 2, Ulcera ani et recti 4, Fistula ani 8, Abscessus perin. 5, Noduli haemorrh. 9, Polypus recti 1, Carcinoma recti 2, Prolapsus recti 1, Strictura recti 2; összesen: 34.

VI. Férfi húgy- és ivarszervek. Excoriationes praeputii 1, Haematuria 2, Ulcus molle 5, Ulcus durum 5, Abscessus scroti 3, Blenorrhoea urethrae 10, Epididymitis 8, Cystitis 7, Phimosis 5, Paraphimosis 1, Strictura urethrae 5, Fistula urinaria 5, Retentio urinae 2, Incontinentia urinae 1, Enuresis nocturna 1, Exstrophia vesicae 3, Calculus vesicae 5, Hydrocele 20, Varicocele 1, Tuberculosis testiculi 2, Carcinoma penis 4; összesen: 96.

VII. Női húgy- és ivarszervek. Ulcus durum labii min. 1, Fluor albus 2, Endometritis 5, Metrorrhagia 1, Parametritis 1, Salpyngitis 1, Prolapsus uteri 1, Anteflexio uteri 1, Carcinoma uteri 8, Fibroma uteri 2, Cysta ovarii 2; összesen: 25.

VIII. Medencze. Contusio 1, Fistula lumbalis 1, Necrosis sacri 1, Meningocele sacralis 1, Tumor sacralis 1; összesen: 5.

IX. Felső végtag. Contusio 17, Vulnus caesum, scissum 29, Vulnus punctum 3, Vulnus contusum 46, Vulnus morsum 7, Vulnus sclopetarium 6, Congelatio digit. 2, Combustio 6, Fract. phalang. 2, Fract. radii 4, Fract. ulnae 2, Fract. antibrachii 2, Fract. humeri 3, Fract. claviculae 3, Distorsio manus, humeri 14, Luxatio pollicis 2, Luxatio cubiti 4, Luxatio humeri 16, Luxatio claviculae 1, Ulcera manus 2, Scrophuloderma 2, Furunculus 2, Phlegmone, abscessus 94, Periostitis ulnae 2, Necrosis 4, Caries manus 12, Caries cubiti 8, Arthritis traumat. cubiti 1, Tendovaginitis 1, Granuloma 4, Lymphoma axillae 1, Atheroma 2, Lipoma 1, Sarcoma antibrach. 1, Verrucae manus 5, Papilloma 1, Glandulae cancr. axillae 1, Pollex superfluus 1, Contractura cubiti 1, Corpus alienum manus 10; összesen: 325.

X. Alsó végtag. Contusio 6, Vulnus caesum 4, Vulnus punctum 1, Vulnus contusum 14, Vulnus morsum 6, Congelatio digit. 8, Combustio 1, Fractura femoris 5, Fractura femoris ferdén gyógyulva 1, Fractura cruris 2, Luxatio femoris iliaca 3, Luxatio hallucis 1, Distorsio pedis 9, Ulcera cruris 48, Ulcera pedis 18, Scrophuloderma 1, Furunculus 2, Bursitis praepatell. 1, Bubo inguinalis 6, Phlegmone, abscessus 36, Fistula cruris 1, Coxitis 10, Gonitis fungosa 12, Caries pedis 19, Periostitis tibiae 5, Necrosis tibiae 10, Angioma 1, Lipoma 1, Carcinoma inguin. 1, Genu recurvatum 1, Genu valgum 4, Pes varus 1, Pes planus 3, Deformatio congenita 1, Contractura genu 5, Varicositas 4, Unguis incarnatus 8, Corpus alienum 3; összesen: 263.

XI. Egyéb. Scabies 13, Morpiones 1, Spurcities 1, Urticaria 1, Acne dissemin. 3, Eczema 37, Psoriasis vulg. 2, Lues 24, Callositas 1, Rheumatismus muscul., artic. 54, Gastritis 14, Enteritis 3, Cardialgia 1, Obstipatio 1, Phthisis pulm. 3, Bronchitis catarrh. 5, Myocarditis 1, Nephritis chron. 3, Rachitis 4, Anaemia univers. 3, Kephalalgia 7, Hypochondria 1, Chorea minor 1, Tic convulsiv 1, Dadogás, Haesitatio linguae 2, Paralysis postdiphther. 2, Paralysis indicis post. vuln. caes. 1, Hemiplegia 2, Sine morbo vagy jelzetlen 20; összesen: 212.

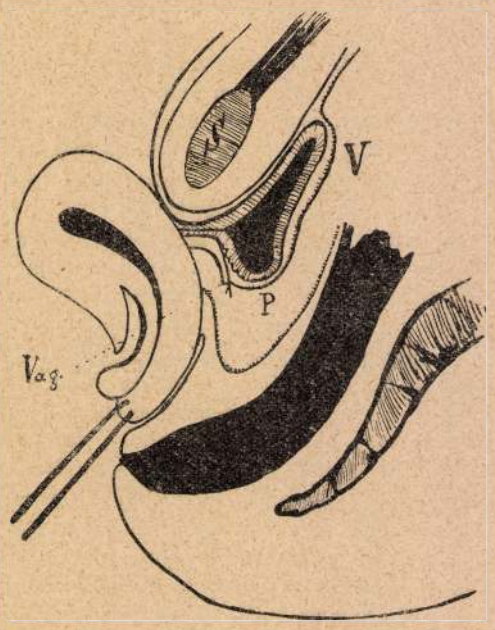
Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

A hátrahajlott méh operatiójához.

Előzetes közlemény *Elischer Gyula* tanár-főorvostól.

A hátrahajlott méh helyzetének javítását czélzó operatióknak nagy hátránya az, hogy a kóros helyzet helyébe megint csak kóros elhelyezést teremtenek. Legenyhébb módon történik ez, ha felemlített czélból a ligamenta rotundákat a lágyékcsatornában rövidítjük; erélyesebb módon, ha a méhet akár a hüvelyhez akár a hasfalhoz rögzítjük és leginkább, ha a Douglas-ür elpusztítása által vélünk czélt érni. A méhet magát a helyzetjavításra felhasználni először *Rabemann*[1] javasolta, eljárását *Schmidt*[2] utánozta; de előbbinek methodusa tulajdonképen csak vaginofixatio, a méh elülső részének csonkolásával. Pedig a hátrahajlott méh operatiójának végső czélja kell hogy legyen, hogy a szerv kóros helyzetéből a normalisba — tehát *mozgatható* állapotban —, állandó és tartós előhajlásba helyeztessék.

Erre a következő eljárást választottam: A mozgékony vagy mozgékonynyá tett méh a hüvely bejáratba levonatik. (L. *Dührssen* ábráit. Centralblatt f. Gynaek. 1893. pag. 692. stb.) Most a hüvelyes részen, a hólyag határredőjén sekély keresztmetszéssel



I. ábra. *Előgördített méh. S* = symphisis o. p. *V* = húgyhólyag. *Vag* = a hüvely sebszél a provisorice reáöltött peritoneummal = *P*.

jelöljük meg a vagina és portio vagin. középirány-vonalát; mire a hólyaghatáron a portióba harántul bemetszünk és a hólyagot tompán a cervixtől letoljuk. Ezen művelet feltünő könnyen végezhető, ha nem csupasz, hanem sterilgazeval fedett ujjakkal eszközöljük a letolást mindaddig, míg a plica vesico-uterináig nem jutottunk. Ezen redőt felemelve, ollóval harántul felmetszszük, de a peritoneum felső szélét csak időlegesen rögzítjük a vaginalis sebszélre. A méhnek most előttünk fekvő testébe, mozgékony puha méhgyurmánál egy szélesen áthatoló selyemfonalat, kemény s tömör méhállománynál pedig finom kettős horgot illesztünk, melyek segítségével a méhet a peritonealis üregből kigördítjük; ez azután hátsó lapjával a symphisisre támaszkodik (l. I. ábra), erős anteflexióban áll és a cervixen hegyes szögü elhajlást képez. Ajánlom, hogy most a különben visszeres pangás következtében megduzzadt szervet sterilgazeba burkolva a segéd felfelé tartsa és rögzítse. Most a cervix szélességének megfelelőleg az elhajlási szögletben a fundus felé bemetszve, a méh elülső falából mintegy 3 cm.-nyi lebenyt készítünk ki és ennek megfelelőleg a cervicalis részt ép oly terjedelemben frissítjük fel. Ezután a kijelölt középvonalban erős görbe tübe füzött selyemfonalat a cervix falon át, a lebenyes seb kúpján keresztül és a méh corpus részén kivezetünk; hasonlóképen járunk el a lebeny két sarkán, mire mind a három öltést csomózzuk. (L. II. ábra.) Ezen eljárás a fundus uterit a cervixhez közelíti, melyet ilyetén anteflexiós helyzetbe átvittünk.

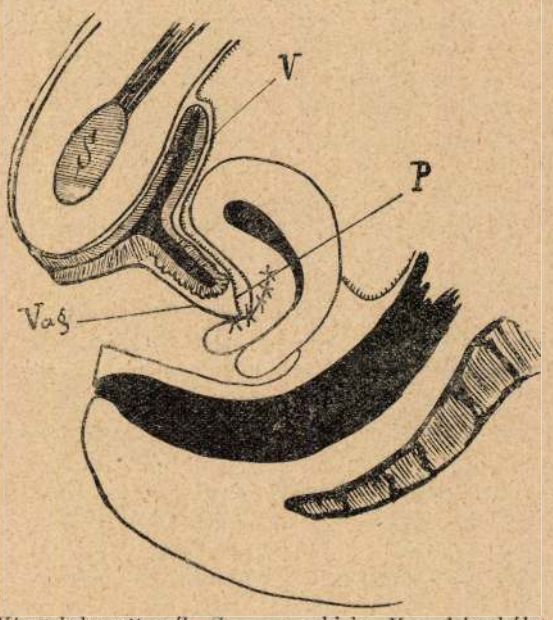
Miután a lebeny széleit (akár csomós akár folytonos varrattal) gondosan a felfrissítési szélhez odavarrtuk, a tisztára letörült méhet a peritonealis üregbe visszahelyezzük.

A normalis viszonyok teljes helyreállítására hátra van még a provisorice rögzített peritoneum parietale felszabadítása és széleinek az eredeti, a méhen lévő insertionalis helyre való odaöltése (l. II. ábra *P*), végül a vaginalis seb harántirányban való egyesítése

Az utókezelés a kolporrhaphia anterior műtétek kezelésével azonos.

Ütőerek sérülése — hacsak az uterina alsó ága nem illeszkedik nagyon lenn a cervixbe — ezen eljárásnál alig fordulhat elő; a hólyaghártya apró edényeit tisztasági szempontból eleve öltöm alá.

A beavatkozást betegeim igen jól türték, néhány óra mulva önként vizeltek s mindannyian vallották, hogy a sajgó keresztfájdalmaktól már második napon szabadultak. Az öltéseket a tizedik nap előtt nem szoktam eltávolítani; a seb szárazon való megtartására előbb dermatol, újabban xeroform behintést használok.



II. ábra. *Visszahelyezett méh S* = symphisis. *V* = húgyhólyag. *P* = a peritoneum régi insertionalis helyére visszaöltve. *Vag* = a hüvely fala a portio vaginalisra visszahelyezve.

Az öltések eltávolítása után a beteg az ágyat elhagyja.

Ezen eljárást mindeddig 9 esetben követtem, s mint 7, 8 és 11 hónap multán eszközölt utánvizsgálatból meggyőződhettem, úgy a kóros tünetek, mint a méh helyzetjavítása tekintetében igen jó eredménynyel. Első eseteim egyikénél most rendes terhesség folyik le, melynek eredményéről később beszámolni szándékom.

Budapest, 1897. február hó 15-dikén.

[1] Berliner klin. Wochenschrift 1886. pag. 284.
[2] Centralbl. für Gynaek. 1888. pag. 685.

Az agydaganatok kiséretében keletkező papillitis pathogenesise és jelentősége.

Grósz Emil dr.[1]

A pangásos papillának, mint az agydaganatok *általános* tünetének diagnostikus jelentősége jól ismert tény s előadó csak megerősítheti azok véleményét, kik az előfordulást 95 s még nagyobb százalékra becsülik, mert ritka az olyan agydaganat, mely lefolyásának egész ideje alatt bántatlanul hagyná a látóideget. De annál homályosabb a két bántalom összefüggésének

[1] A budapesti kir. orvosegyesületben 1897. február 13-dikán tartott előadásának kivonata.

módja, pedig csak a *pathogenesis* tisztázásával remélhető, hogy a papillitis az agydaganat *székhelyéről* s *milyenségéről* is felvilágosítást nyújtson. A kérdés tisztázása annál is inkább időszerű, mivel az agysebészet haladása óta nemcsak azt tudjuk, hogy az agydaganat eltávolítása után a papillitis meggyógyulhat, hanem Horsley azon tapasztalata is megerősítést nyert, hogy a koponyafalzat puszta megnyitása elégséges lehet a pangásos papilla visszafejlődésére.

Előadó mindenekelőtt a papillitis keletkezésének eddigi magyarázatait ismerteti. *Türck* és *Graefe* a sinus cavernosusra gyakorolt nyomásból magyarázták; *Schmidt-Rimpler* és *Manz* a látóidegfő strangulálásával a cerebrospinalis folyadéknak a már *Schwalbe* által kimutatott úton a látóideg hüvelyeibe való hatolását s az így keletkezett hydrops vaginae nervi optici-t vádolják; *Parinaud* a hydrocephalus internus útján támadó s a látóidegre is leterjedő agyoedemát tekinti a baj okozójának; *Jackson*, *Brown-Séquard* és *Benedikt* a kényelmes reflex úton szeretnék magyarázni; míg *Leber* és *Deutschmann* a gyuladás mai fogalmának megfelelően irritáló befolyást vesznek fel s a descendáló neuritis és perineuritisből igyekeznek a papillitist megfejteni. *Gowers* és *Kniess* a sokféle magyarázatot egyesíteni törekszenek, de sem ők, sem *Rochon-Duvigneaud*, *Elschnig* és *Uthoff* újabb anatomiai vizsgálatai, sem *Schulten* és *Adamkievicz* állatkisérletei nem tisztázták a kérdést. Ennek természetes oka abban rejlik, hogy a már előzetesen elfoglalt álláspont szerint nemcsak a következtetések vezetnek egészen más irányba, hanem még maguk a tények is más-más világításban tünnek fel.

Ezért előadó a kérdés tisztázására kórszövettani vizsgálatokat eszközölt s eddig 3 agydaganatban elhalt beteg látószerveit dolgozhatta fel. Két beteg *Kétly Károly* tanár klinikáján, egy pedig *Korányi* tanár klinikáján halt meg. A szemeket vizsgálatra *Genersich* és *Pertik* tanár urak engedték át. A vizsgálatokat a budapesti egyetemi szemklinika laboratoriumában végezte.

Előadó egy esetben tiszta oedemát s a központi érnek *eddig anatomiai úton ki nem mutatott* strangulálását találta, a másodikban a gyuladásos tünetek léptek előtérbe, míg a harmadikban igen nagyfokú perineuritist, neuritis interstitialist és secundaer atrophia nervi opticit mutathatott ki.

Ez alapon, valamint a literaturában található anatomiai vizsgálatok és állatkisérletek leírásának birálata után előadó azon meggyőződésének ad kifejezést, hogy az agydaganatok kiséretében keletkező papillitiseket *két csoportba* kell sorozni. Az egyik a *pangásos*, a másik a *gyuladásos* eredetű alak. Már *Graefe* éleslátásának feltünt e különbség, de ő az egyiket agydaganatból, a másikat agyhártyagyuladásból származtatta. Az ellentmondó anatomiai leletek a szemorvosok legnagyobb részét arra birták volt, hogy e megkülönböztetést elejtsék.

A papillitis pathogenesisének ezen *dualistikus* magyarázata értelmében a tulajdonképeni daganatok a pangásos alakot, a tuberculum és gumma a gyuladásos alakot hoznák létre. A szemfenéki kép észrevehetően csak kezdetben különbözik, a mennyiben előbbi esetben a kiemelkedő papilla áttünő, a venák feltünően tágak, míg utóbbi esetben az ereket izzadmány takarja s a folyamat a retinára is korán reá terjed. A látás előbbinél épen nem vagy csak keveset változott, utóbbinál már korán romlik. *Utóbb mindezen különbségek elmosódnak.*

A localizálás a papillitis alapján ez időszerint biztonsággal nem sikerül, előadó csak arra utal, hogy a cerebellaris daganatok a tentorium cerebelli ellentállása, a gyomrocs közlekedés és vérkeringés akadályozása által igen korán idéznek elő pangásos papillát. Végül azt fejtegeti, hogy a palliativ trepanálás a sebészet mai állásában már a pangásos papilla kedvéért is jogosult. *Horsley*, *Hahn*, *Albertoni* és *Brigatti*, *Tilling*, *Seydel* és *Taylor* esetei eléggé igazolják, hogy a papillitis még abban az esetben is tartósan meggyógyulhat, ha a daganat nem is volt eltávolítható vagy meglelhető. E mellett a palliativ trepanálás korántsem hátrányos, sőt még előnyös egy későbbi curativ trepanálásra.

Az eddig elért eredmények a neurologok, sebészek és szemorvosok együttműködésének köszönhetők, ez együttműködés még nagyobb sikerekre is nyujt kilátást!

***

Ez előadáshoz *Jendrássik Ernő* tnr. következő észrevételeket füzte: idegkórtani szempontból a szem a szervezet Achillessarka; papillitis és a látóideg atrophiája az idegrendszer igen különböző helyeinek megbetegedése folytán támadhat benne. Ezen gyakran igen távol eső okok magyarázatára fel kellene venni az egyéni körülményeket is, véleménye szerint a sclera gyürüjének *Graefe* hangoztatta sokszorozó hatása az egyes egyéneken különböző s némely emberen az anatomiai viszonyok oly mostohák, hogy náluk a papillitis igen könnyen kifejlődhetik.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(VII. rendes ülés 1897. február 20-dikán.)

Elnök: **Székács Béla**; jegyző: **Dieballa Géza.**

Sarcoma multiplex cutis esete.

Dieballa Géza. (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Justus Jakab: A lymphsejtek megszaporodása gyakori sarcomáknál, a Schwimmer osztályán észlelt 3 esetben azonban hiányzott. A lymphsejtek absolut megszaporodása a többi sejt rovására syphilis papulosánál is gyakori, továbbá előfordul az lichennél és eczema papulosumnál is.

14 év óta fennálló kétoldali fülfolyásnak exenteratióval meggyógyított esete.

Lichtenberg Kornél. (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Pestis-bacillus.

Preisz Hugó részint vizes fuchsin-oldattal, részint a Löffler-féle csilló-festéssel festett pestis-bacillus készítményeket mutat be és felemlíti, hogy a pestis-bacillus úgy alakra, mint pathogen hatásra nézve állatoknál, nagyon hasonlít a Löffler és Schütz által ismertetett német sertésvész bacteriumához. Tekintetbe véve, hogy emberben előforduló pathogen bacteriumot nem ismerünk, mely hasonló volna a pestis-bacillushoz, ennek felismerését pestis-esetekben nem tartja nehéz dolognak.

Keratitis hypotonica.

Klein Samu: Ezen névvel egy olyan kórképet lehet megjelölni, melynél aránylag csekély cornealis infiltratio vagy fekély és igen nagy izgalmi jelenségek mellett a szemteke belnyomása feltünően csökkent: a lefolyás mindig nagyon idült, a divatos kezelésmód (atropin, meleg borogatás stb.) nem vezet eredményhez. A bemutatott eset egy 11 éves fiúra vonatkozik, ki a bal szemen volt hasonló baj miatt egyszer már 5 hónapig feküdt egy szemosztályon. Jelenleg a jobb szem szarúhártyájának közepén volt egy csekély, de mélyre terjedő infiltratio, melyhez véredénynyaláb húzódott; sürű ciliaris injectio, a pupilla ad maximum szükült, az iris hyperaemiás, nagy fájdalmak, fénykerülés, könycsurgás, tensio — 3. Az infiltratio galvanocauterrel alaposan ki lett égetve, az érnyaláb szintén caustice át lett vágva, mire a javulás már pár nap multva beállott.

A belnyomás csökkenése ilyen esetekben egyszerűen úgy magyarázható, hogy a corneán finom fistula van, melyen át a csarnokvíz állandóan kiszivárog. Ennek folytán az atropin sem képes a pupillát tágítani, minthogy a csarnokból induló ellenáram miatt nem is juthat a csarnokba s így az iris idegvégeire nem hathat. Az égetés folytán a fistula bezáródik s a gyors javulás (a pupilla tágulása, a tensio növekedése) ily módon magyarázható.

Orr-védő.

Moskovitz Ignácz: Egy előírása szerint készített orr-védőt mutat be olyan egyének számára, kiknél mérges vagy ártalmas anyagoknak beszivását az orron át meg akarjuk akadályozni.

Lingualis tonsilla esete.

Moskovitz Ignácz: A 38 éves nőbeteg több év óta panaszkodik, hogy nyelésnél szúró fájdalmakat érez torkában, melyeknek okát bemutató a nyelv gyökén levő 2 nagy mogyorónyi daganatban találta meg, mely daganatok hyperplasiái az ott beágyazva levő nyirkszövetnek. A daganatok galvanocaustikus elpusztítása óta a panaszok megszüntek.

Elephantiasis syphilitica.

Nékám Lajos: A 48 éves vasúti kalauznál, ki 20 év előtt acquirált syphilist, különösen érdekes a jól kifejezett makrocheilia syphilitica főleg a bal ajkon, továbbá a penis bőrének és a scrotum alsó részének elephantiatikus túltengése. A penis a rendesnek mintegy háromszorosa s a praeputium a meatust még 8 cm.-rel túlhaladó tömeget képez. A glans csak nehezen tehető szabaddá, a herék is csak hiányosan tapinthatók. Erélyes antiluetikus kezelésnek az ilyen bántalom gyakran engedni szokott; másrészt tág tere nyilik a sebészi beavatkozásnak is.

Hysteria saturnina.

Schwarz Arthur: A 21 éves nőnél egyrészt nagyon elterjedt anaesthesia és analgesia volt kimutatható (mindkét felső végtagon, a mellen, mindkét alszáron és lábon), másrészt pedig kétoldali radialis-hüdés, a supinatur longus ép volta mellett, elfajulási reactióval. Az anaesthesiát könnyen sikerült hypnosisban elmulasztani. A radialis-hüdést idült ólommérgezésre vezeti vissza bemutató (ólomtartalmú kendőző szerek használata) és ezt egyúttal a hysteria alkalmi okának tartja (*Charcot* nyomán hysteria saturnina). Hysteriás stigmaták betegen több helyen konstatálhatók. Az utolsó napokban hystero-epileptikus rohama is volt. A hysteriás tüneteket a radialis-hüdés pár héttel megelőzte.

Közkórházi orvostársulat.

(III. bemutató szakülés 1897. február 10-dikén.)

Elnök: **Verebély László**; jegyző: **Tihanyi Mór.**

A Widal-féle reactióról.

Minich Károly: Mindenek előtt felemlíti azon nagyszámú eljárásokat, melyeket a typhus-bacillus felismerésére és a b. coli commune-től való megkülönböztetésére eddig ajánlottak. Ezután áttér a Widal-féle reactio ismertetésére, mely lapunk olvasói előtt már ismeretes. Négy esetben végzett vizsgálatai alapján a Widal-féle reactiót fontos és eléggé megbizható eljárásnak tartja, melynek rendkivüli előnye, hogy a typhusra gyanús beteg ujjvéréből egy-két csepp egy darab papirra rászárítva a legtávolabbi vidékekről is beküldhető valamely bacteriologiai laboratoriumba további vizsgálat és a typhus kórisméjének meghatározása végett.

Donáth Gyula: A szóban forgó eljárás tulajdonképen helyesen „Gruber-Widal-féle" reactiónak volna nevezendő. Fontosnak tartja e reactio felfedezését azért is, mert szerinte megoldja azon kérdést, hogy a bacteriumok vegyi úton hatnak.

Jackson-féle epilepsia miatt végzett osteoplastikus trepanatio esete.

Navratil Imre: 10 éves fiút mutat be, kinél sérülésből eredő nagyfokú koponyahorpadás miatt lékelést és csontplastikát végzett sikeresen. A betegre 5 év előtt emelet magasságról nagy deszka esett. A beteg legott összerogyott és 24 óráig teljes eszméletlen állapotban volt, ezután is, bár visszanyerte eszméletét, zavart volt az és erős szédülésekben, fejfájásokban szenvedett, elannyira, hogy 4 hónapig nyomta az ágyat. Fölkelve, nehezen birták el lábai, melyekben zsibongást és hangyaszerű mászást érzett, jobb kezét munkára nem használhatta, folytonos szédülés és fejnyomás érzete volt nála jelen. Időközönként, erősebb felindulás alkalmával, testében görcsös összehúzódásokat is érzett, de állítólag eszméletét nem vesztette ezen görcsök alatt. Midőn mult év november havában előadó osztályára felvétetett, a jobb falcsontnak a nyakszirtcsonttal való egyesülése helyén ovalis alakú 6 cm. hosszú, 5 cm. haránt átmérőjű behorpadás volt jelen, melynek legmélyebb pontja 1½ cm. mély volt. Kétségtelen, hogy az említett kóros tüneteket az 5 év előtt a koponyán szenvedett sérülés és az azzal járó agyzúzódás okozták; joggal lehetett tartani attól is, hogy az utóbbi időben jelentkezett chorealis tünetek összefüggésben lévén az agy nyomásával és izgatásával, általánosakká válhatnak és a Jackson-féle epilepsiára vezetnek. Előadó ez okból a behorpadt rész lékelésére határozta el magát és azt mult év deczember 4-dikén végezte.

Félkörös lebenyt képezve, melybe befoglalta a csonthártyát is, a behorpadt csontot vésővel kimetszette, s azt 2%-os meleg bór-oldatba tette. A dura mater szokottnál vastagabb lévén, azt sondán felhasította; a gyrusok e helyen laposabbak voltak, a kéregállományon azonban más elváltozást nem észlelvén, a durát varrattal újra egyesítette. A csontléket ezután szélein keveset megfaragva, megfordítva, úgy hogy a homorú felszine az agy felé nézett, visszahelyezte és a bőrsebet csomós öltésekkel egyesítette. A gyógyulás teljesen reactio nélküli volt, azonban az egyén erős gyomorhurutot kapott, a mely alatt teljesen kifejezett Jackson-féle epileptikus rohamot észleltek nála. Visszafejlődvén a gyomorhurut, az operált folyton javult, rohama többé nem jelentkezett, s most, a műtét után 10 hete, még némi fejfájást a két halánték táján kivéve, beteg teljesen jól érzi magát, végtagjainak gyöngesége eltünt, étvágya jó, ereje növekedett. Érdekes volt, hogy míg az első hét végéig a csont a bőrlebeny alatt egészen jól volt mozgatható: már a második hét végén a csontszélek felé némi érzékenység és püffedtség volt észlelhető. A további hetekben fokozatosan constatálni lehetett a mozgékonyság alábbhagyását, a csontszélek közti hézag kitöltését és végre a hetedik héten e hézag teljes szilárdulásával a visszahelyezett csont rögzítését.

Kétségtelen, hogy az összeköttetéseiből kiválasztott koponyacsont rendes sebgyógyfolyamat mellett ismét begyógyul s az előadó nem tart Barth Arthurral, ki állatokon végzett kisérletek és histologikus vizsgálódások alapján azt állítja, hogy a visszahelyezett csont necrotizál és teljesen új csontállomány képződik. Legújabban David kellő asepsis mellett végzett állatkisérletek és histologikus vizsgálatok alapján Barth állítását kétségbe vonhatlan módon megczáfolta. Előadó hosszú tapasztalatai alapján a bemutatott beteg prognosisát illetőleg oda nyilatkozik, hogy minden oly operált esetben, a hol az epilepsia még nem fejlődött ki vagy ha igen, nem régóta állott fenn, a koponyacsontok hasonló horpadása és az agynak olyfokú zúzódása mellett, nem észlelt fejlődni epilepsiát; s reméli, hogy ez a jelen esetben sem fog bekövetkezni, mert nemcsak a nyomás alul felszabadítani sikerült az agyat a lékelés által, de azt a reinplantált csont által egyúttal megvédeni is mindennemű inzultus, izgatás ellen.

Genersich Antal: Egy zsandárnál, ki mellébe lőtt, a 4-dik borda letört részei behatoltak a tüdő állományába. Egyik darab 1¾ év mulva a tüdőben egy ürcsében találtatott meg, de nem volt üszkös, hanem az ürcse csilló hengerhámmal volt kibélelve. Egy másik kis darabka a tüdő szövetébe belegyógyult, vele összefüggött és a górcsői metszlapokon lehetett a tüdőszövetből követni az edényeket a csontba, mely élő csontnak felelt meg, bár dudoros volt és szilánkos, elárulva így származását; felületén csontrontó óriás sejtek és gödröcskék voltak és a csont úgy viselkedett mint élő csont. Tehát lassú sorvadásnak volt alávetve, mely talán 90 éves koráig létrejött volna, de így a rövid idő alatt nem jöhetett létre.

Születése után megvakult és most operált fiú.

Goldzieher Vilmos: A 13 éves fiú *blennorrhoea neonatorum* következtében vesztette el a szeme világát. A bal szem sorvadt, absolute vak; a jobb szem szarúhártyáján nagy kitágult heg, mely a hártya legnagyobb részét foglalja el, iris benövéssel. Csak a peripherián van egy átlátszó, keskeny cornealis részlet. Csarnok nem létezett, a még átlátszó cornealis részlet mögött az iris igen szorosan húzódott a heg felé. Csak nagy nehezen sikerült egy iris redőt megfogni és kivágni s mesterséges pupillát a belső limbus mellett képezni. A látási eredmény jelenleg igen kielégítő. A fiú képes minden tárgyat, sőt újabb időben nagy betűket is látni! A látás az operatio után csak fokonként javult és észlelhető volt, hogy a beteg közvetlenül a műtét után a tárgyakat bár *látta*, de a látott tárgyakat felismerni nem volt képes; tehát a látás fokozatos javulása csak a *megtanulás* útján volt lehetséges. Ez is a látás empiristikus theoriája mellett szól.

Id. Siklóssy Gyula: A mi szerencse ezen esetben, az, hogy a látóhártya jól megtartotta magát; ha valaki pl. cataracta miatt vak és 16—18—30 éves korában operáltatik meg, a látóhártyája rendesen tompa. Egy szóló által operált esetben a szép fekete pupilla daczára sem látott jól az egyén.

Világra hozott kétoldali teljes irishiány párosulva a lencse ektopiájával és absolut glaucomával.

Goldzieher Vilmos: A 14 éves fiú egy évvel ezelőtt állítólag még jól látott, sőt iskolába járt. Most teljesen vak. A szaruhártya átlátszó, az iris minden nyoma hiányzik. A lencse felfelé van tolva, felső széle valószinűleg a csarnok szöglet körül ékelődött be; igen közel áll a corneához, sőt valószinű, hogy annak hátulsó felületéhez tapad. Hátulsó polaris cataracta van jelen. Az üvegtestben egyes czafatok úszkálnak. A retinalis pigmenthám sorvadt, az érhártya erei élesen áttünnek. A papillán *mély excavatio van jelen*; a szem feszültsége (tensiója) igen nagy, talán = 13. Ha az egyént erősebb fényforrással szembe állítjuk, akkor a szemek erősen fénylenek, úgy hogy az észlelő képes minden optikai eszköz nélkül távolságból a retinalis ereket látni. A szem legnagyobb mértékben myopiás. Előadó a glaucomát úgy magyarázza, hogy az ektopiás lencse széle a cornea széle felé nagyon szorosan oda van nyomva, miáltal a kivezető nyirokutak comprimálva vannak, a szembeli nedvek kiürülése lehetetlenné válik. A világra hozott irishiány keletkezési módjának embryologikus magyarázata (*Mauz*) az, hogy a harmadik embryonalis hónapban még fennálló lencse és cornea közti összefüggés olyan szoros, hogy a fejlődő szivárványhártya ezt az összefüggést elválasztani nem képes, tehát a fejlődése elmarad. A lencse hátratolása rendes körülmények közt úgy történik, hogy a fejlődő iris a cornea és lencse közé beékelődik, miáltal egy mellső csarnok jön létre. A *kórtani* theoria azt supponálja, hogy az embryonalis életben szaruhártya fekélyek és áttörések jönnek létre, minek következtében a lencse a corneával megint érintkezik és a még nem teljesen kifejlődött iris usura által eltünik. A jelen eset inkább az első theoria mellett szólna.

A mi a therapiát illeti, kiderült, hogy az operativ eljárások a glaucomás complicatio ellen tehetetlenek. Csakis a sclerotomia jöhetne szóba, melynek állandó hatása különben is kétes. Még kevésbbé hatásos a myotikumok használata. Különben indikálva volna egy ilyen szemen, a hol a glaucomás állapot a lencseficzam által van feltételezve, a lencsét discissio és későbbi extractio által eltávolítani, de előzetesen hátulsó scleralis punctio kellene, nehogy a puffadó lencse által még növesztett intraocularis túlnyomás veszélyes legyen.

Retinitis pigmentosa párosulva glaucoma simplex-szel.

Goldzieher Vilmos: A 30 éves hajadon egészséges szülőktől származott, de 8 gyermek közül hatan kifejlődött hemeralopiában szenvednek. Az egyén a reczehártya festenye elfajulásában szenved, melyhez glaucoma csatlakozott. A csekély látás megmentése és a fájdalmak megszüntetése czéljából iris-kimetszés végeztetett, melynek állandó hatása azonban ezen esetben kétes.

Retinitis pigmentosa és glaucoma egy egyénen való találkozása a legnagyobb kórtani ritkaságokhoz tartozik. Az irodalomban csak egy idevágó eset van leírva.

Feuer Náthán: A retinitis pigmentosának glaucomával complicált esete tényleg igen ritka. Egy hasonlót szóló is észlelt 1883-ban. A beteg strychnin-injectiókat kapott. 1891-ben az egyik szem teljesen

vak volt már, a másik szemmel 1 m.-ről olvasott ujjakat. Kis scleralis ectasiák voltak a microphthalmusos szemen és a szem kemény volt. Két év mulva előadó újra látta a beteget, ekkor cataractája is volt, bár nem érett. Előbb iridectomiát végzett nála szóló, a szem megpihent, $^3/_4$ év mulva pedig az extractiót, mely kitünően sikerült, de persze nem volt sok eredmény, a qualitativ látás nem tért vissza.

Weisz Gyula: 1895-ben az orvosegyesületben két esetet mutatott be, egyik tiszta ectopia lentis congenita symmetrica volt jó látóképességgel + 10 D-val, 6 m.-ről olvasott ujjakat, papillája ép. A második esetben az az állapot fordult elő, melyet előadó bemutatott, csakhogy a lencse hólyagos volt mészlerakódással. Három meterről olvasott ujjakat, papilla ép, de a chorioidea és retina atrophiás volt.

Goldzieher tanár egy nőt mutatott be, kinek egyik szemén hiányzott az iris, a lencse hályagos volt, a hályog az iris rajzolatát mutatta. 1—2 m.-ről olvasott ujjakat, glaucomája volt, mely ellen *Szili* tanár sclerotomiát végzett, s a beteg látott valamicskét; a másik szemét nem bántották, mert nem igért eredményt. A nő megvakult, hónapok mulva látták, sem iridectomia, sem eserin, sem pilocarpin nem használt.

Abscessus ovarii esete.

Dirner Gusztáv: A petefészek elgenyedése leginkább puerperalis processusok kiséretében látható, genyes tömlővé való átalakulása úgyszólva kizárólag a tuba gonorrhoikus eredetű genyzsákjaihoz csatlakozik, s azzal együtt ezután tubo-ovarialis tömlőt képez. Ha ezenkivül eltekintünk a praeformált ovarialis cysták, különösen a dermoidok elgenyedésétől, akkor bizonyos érdekkel bir az olyan eset, a hol aetiologikus tekintetben ritkasággal állunk szemben.

A mióta a petevezetők genyes zsákjait, pl. *Schauta* klinikumán rögtönösen az operatiónál vagy közvetlenül utána bacteriologice vizsgálják, nehány esetben a gonococcuson, a strepto- és staphylococcusokon kivül találtak bact. coli. comm. és pneumococcust is; igaz alig 3—4 esetről van eddig feljegyzés; de ezek az esetek minden esetre támogatják szóló feltevését, hogy bemutatandó esetében, a hol a feltételezett peritonitis közvetlenül egy súlyos kétoldali pneumoniához csatlakozott, a causa movens a pneumococcus lehetett, mert egyéb infectiót kizárhatni. A 32 éves nő $1^1/_2$ éve van férjnél és teljesen egészséges volt, puerperiumon nem ment át. Mult évi juniusban kétoldali tüdőgyuladást, majd meg hashártyagyuladást kap, úgy hogy 3 hónapig egyfolytában betegen fekszik. Ekkor fejlődik hasában egy daganat, mely augusztusban részben állítólag kiürült a vaginán át. Azóta rendetlen erősebb vérzései voltak. Január 21-dikén bemutató megoperálta. Az igen feszes gyermekfejnyi parovarialis tömlőnek tartott daganat ekkor részben a lig. lat. lemezei közé nőtt, genynyel telt zsáknak bizonyult, a mely tisztán az ovariumból állott, a tubával nem communicált. Kifejtése csak a lig. lat. lehasítása után történhetett, miközben azonban kissé beszakadt és genyszivárgás következett. Ezért Dieulafoyval aspirálta a genyt és elkerülte annak beömlését a hasba. Ezután a kihányás, elkötés és kiirtás (a tubával együtt) könnyü volt.

A hassebet itt 2 étageban varrta és prima intentiót ért el. Miután gonorrhoikus infectiónak semmi nyomát és jelét nem találta, miután puerperiumon a beteg nem ment át, miután a kibocsátott geny nem volt oly bűzös, mint a hogy a bact. colitól lenni szokott, de a daganat nem is volt a béllel sehol összenőve, s mivel a beteg csak a tüdőgyuladás után kapta a hasbeli daganatot, bemutató azt hiszi, hogy itt a pneumoniától eredt az ovarium elgenyedése.

Tubaris terhesség esete.

Dirner Gusztáv: A 25 éves, gracilis asszony, 16 éves korában menstruált először, 20 éves korában szült egy leányt, 1896. évi szeptember havában volt utolsó tisztulása, novemberben a havi baj idejének megfelelő időben csekély vérzés mutatkozott s az asszony fájdalmas görcsöket kezdett érezni hasában, a melyek deczember hónapjában többször ismétlődtek s két izben kevés, húslészerű vérzéssel jártak. E tünetek miatt a beteg az ágyba is került, de karácsonyig annyira javult, hogy kikelhetett az ágyból. Deczember 26-dikán egy újabb és sokkal erősebb görcsroham lepte meg, a mely fájdalmakon kivül erős hányással is járt és 24 órán át tartott. Orvosai ekkor azt constatálták, hogy a végbélbe áttöréssel fenyegető tumor van jelen s operatiót ajánltak. Szóló deczember 30-dikán a méhenkivüli terhességet és a hasűrben vérzést diagnostizált, a mit arra alapított, hogy a menses kimaradt, hogy azóta az atypikus vérzések, de igen kis mértékben jelentkeztek, hogy az emlőben colostrumot talált, hogy a hasban egy tumort tapinthatott, a melyről combinált vizsgálatnál kitünt, hogy mélyen a Douglasba-ér, alsó polusán egyenetlen göböt mutat (leszorított ovarium) és ott erősebb lüktetés is érezhető. Meggyőződhetett róla, hogy a méh a tumortól külön választható, baloldalt van, nagyobb, puhább és kevéssé mozgatható. Belső vérzés megtörténtét a betegnek halavány színe gyaníttatta.

Nem lehetett kétség a teendők iránt. Nem korai terhességgel állott szemben, nem kész haematocelevel, a melynek felszivódására számíthatott, hanem a harmadik hóig fejlett petével, a hol még a petezsák rupturája után is, hetek mulva, újabb vérzés léphet fel a placenta helyéről, a hol az előrehaladt fejlődésű mágzat részéről is veszélyek fenyegethetik még az anyát. A műtét tehát sürgős volt.

Január 4-dikén hasmetszés útján irtotta ki a jobb tubát, a terhesség székhelyét. A hasűrben fekete híg és alvadt vér, mintegy 400—500 gramm volt, a tuba rupturált, de a peteburkok még épek voltak. Megrepedtek, a mikor a tumor mögé nyúlt, hogy kiemelje a Douglasból. A repedésnél a magzat szinte kilökődött a vízzel együtt a hasűrből, nem volt elhalva. Az ovariumot a tubaris zsákkal együtt ki kellett irtani, a baloldali méh függelékek benhagyattak. A hasűr 3 étageban lett selyemmel zárva.

Harmadik napon a méhből kilökődött a decidua, a mely utólag igazolta feltevését, hogy a pete még nincs elhalva. Ilyenkor t. i. a decidua rendszerint csakhamar kiürül és pathognostikus értékkel bir az extrauterin terhességre. A hasseb nem gyógyult per primam, 3—4 hasfali abscessus hátráltatta ezt. A beteget csak egy hónappal az operatio után bocsátotta gyógyultan haza.

Pancreas cysta esete.

Herczel Manó. (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Hemiatrophia faciei esete.

Donáth Gyula: $2^3/_4$ év leforgás alatt ez az ötödik eset, mely a budapesti kórházakban és klinikákon észlelés alá kerül.

A 26 éves nőtlen gépmunkás azelőtt mindig egészséges volt. 1887-diki julius 7-dikén a gőzfürészben, munkaközben a sebesen forgó gyalúkés ketté tört és annak egyik darabja jobb arczfelén úgy találta, hogy az elkezdve a homloktól, közel a középvonalhoz, az arczán az állig végig húzódott. Sebzés nem történt; 3 évig semmi baja nem volt és az arcz, eltekintve a bal állon egy függélyes pirosas vonalkától, semmi különöset nem mutatott. Ekkor fogfájás miatt fordult az orvoshoz, ki egy jobb alsó zápfogat húzott ki. Három nappal ezután a beteg eme helyen egy mozgékony csontdarabot érzett. Ezt az orvos az állkapocs felfeszítése után kihúzta; a beteg a véres csontdarab láttára ájultan összerogyott. A csontdarabon állítólag 5 fog volt. A daganat lelohadása után a beteg észrevette, hogy ezen arczfél elváltozik, beesik. A gyenge egyénnél feltünik a jobb arczfél sorvadtsága. Azonkivül az orrgyöktől kezdve a homlok középvonalában felhúzódik 2·5 centimeternyire egy széles, barázdaszerű mélyedése a csontnak, mely fölött a sötétbarnán festenyzett, vékony, hegszerűen elváltozott bőr eltolható. Egy hasonló még szélesebb barázda, ugyancsak az orrgyöktől kiindulva, ferdén húzódik az egész homlokcsonton keresztül ki- és felfelé, mely felett a bőr ugyanazon leírt elváltozást mutatja. A pofa sorvadása következtében a járomcsont külső széle és az egész járomív majdnem csontvázszerűen állanak ki. Egy függélyes csontbarázda húzódik továbbá a jobb alsó állkapocs közepén, valamint jobbra az álltól.

A *bőr* az egész atrophiás arczfélen elvékonyodott, a fent jelzett barázdákon barnásan elszínesedett; a jobb arczfélen kevésbbé eltolható, mint a bal oldalon. Ha a beteg az egészséges arczfélen gyengén izzadt, a jobb arczfél száraz maradt.

Hét év óta, különösen tavaszkor, a jobb halánték felett erős hajhullás szokott mutatkozni, sokkal erősebb mint a bal oldalon.

A tapintás és fájdalomérzés határozottan csökkent a jobb arczfélen, különösen az alsó állkapocs táján; ugyanez áll a jobboldali kötő-, orr- és nyelvnyákhártyáról is. *Izlés, szaglás és látás* azonban mindkét oldalt egyenlők. A hallás — állítólag 2 év óta — a *baloldalon* kissé gyengébb.

A *nyelv* is mutat jobboldali sorvadást. Felülete a jobboldalon kissé ránczos, míg balfelén sima. Kiöltésnél az atrophiás oldal felé görbül; a mellett fájdalmat érez a jobb nyelvgyök táján.

Időnként lehet a betegnél az állkapcsok halk összecsattanását hallani, állítólag fájdalom kiséretében, mit az állkapocsizület táján érez (hidegben és néha ásítás után, a midőn az állkapcsok néha oly görcsösen csukódnak le, hogy tíz perczig sem tudja azokat kinyitni). A homlok- és pofaizmok is néha rángatódznak, különösen ha hidegből melegbe jő. A facialis ideg, valamint a masseter *mechanikai ingerlékenysége* fokozott.

A jobb facialis területén úgy az ideg, mint az izmok *galvanos és farados ingerlékenysége* fokozott. *Ezen fokozott villamos ingerlékenység mellett szól a fent említett fokozott spontan reflexingerlékenység is.*

A fejmérések az arczkoponyán: A külső alsó szemüregzúgtól az os zygomaticum legnagyobb átmérőjén ki- és lefelé *jobboldalt* 2·5 cm., *baloldalt* 3·3 cm. A külső alsó szemüregzúgtól a processus zygomatikus gyökéig *jobboldalt* 6·5 cm., *baloldalt* 7·5 cm. Az egyik alsó állkapocsszeglettől a másikig az állon át jobb fele 10·6 cm., bal fele 11 7 cm. A kemény szájpadlás jobboldalt valamivel magasabb és a processus alveolaris a praemolarisok táján valamivel keskenyebb.

Kiemelem, hogy a pupillák semmi rendellenességet nem mutatnak, sem a különböző reflexek.

Romberg óta, ki ezen betegséget először ismertette meg tüzetesen és számára a trophoneurosis szót behozta, még most is legelterjedtebb az ideges eredetet valló nézet. Ezt legújabban *Möbius* erősen megingatta; nézete közel áll a *Bitot* és *Laude* által legelőször (1869-ben) hangoztatott felfogáshoz. Utóbbiak ugyanis a hemiatrophia facialist elsődleges bőratrophiának tekintik, a hol a zsugorodó bőr által az alatta fekvő lágy részekre és csontokra atrophizáló nyomás gyakoroltatik. *Möbius* szerint pedig toxinok, akár bakteriumokkal, akár azok nélkül, az arczbőrön vagy a szájüreg nyákhártyáin behatolnak és ott úgy a lágyrészek, mint a csontok sorvadását létrehozzák. Itt az idegek laesiója nem a primaer, hanem a secundaer folyamat. Tény az, hogy a hemiatrophia faciei nem mutat egyszerű függést az arcz 3 főidegétől, a facialis, trigeminus és nyaki sympathikustól és hogy sem erek átmetszése, sem ismert megbetegedésük a hemiatrophia faciei annyira jellegzetes kórképét nem adják. Úgy látszik tehát, hogy ez diffus folyamat által okoztatik, mely nem követi egyszerűen sem az idegek, sem a véredények lefutását.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A belgyógyászat kézikönyve. Szerkesztik: **Bókay Árpád, Kétli Károly, Korányi Frigyes.** Harmadik kötet. Dobrowsky és Franke kiadása, 1896.

(Folytatás.)

Ideges gyomorbetegségek. Írta *Stiller Bertalan* tanár. Hivatottabb szakembernek, mint Stiller tanárnak, nem juthatott volna a feladat, hogy szerves egészszé foglalja össze a hasi szervek betegségeinek tünetekben legváltozatosabb, okaiban legkifürkészhetlenebb csoportját, az ideges gyomorbántalmakat. Az úttörők nehéz munkája után övé az érdem, hogy nemcsak hazánkban, de az egész orvosi irodalomban első vállalkozott a kiépítés feladatára s a szétszórt anyagot összegyűjtve, saját bő tapasztalataival gazdagítva, 1884-ben kiadta az ideges gyomorbetegségeknek első teljes monographiáját, miáltal a magyar orvosi tudománynak e téren a világirodalomban is maradandó becsü emléket állított. Azóta a physiologia és chemia gyors léptekkel vitte előre a gyomor pathologiájának ismeretét, sok nézet gyökeres változást szenvedett, de Stiller müvének értékén ez átalakulás mitsem változtatott, az pathogenetikai szempontból ép oly érdekes tanulmány ma, mint volt 13 év előtt.

Ha az előttünk fekvő fejezeteket úgy tekintjük, mint az első monographiának új kiadását, mindenekelőtt feltünik a kettő között a beosztásban nyilvánuló lényeges különbség. Míg ugyanis a szerző az első alapvető munkában a kórtani jelenségek tisztázására praktikusnak találta az ideges gyomorbántalmakat azoknak eredete szerint felosztani, s így: *önszenvi, visszahajlási* és *általános neuropathiák által feltételezett alakokat* különböztetett meg, addig ezen kézikönyvnek gyakorlati czélját szem előtt tartva, az olvasó könnyebb tájékozódása végett azon beosztást választotta, mely az újabb hasontárgyú müvekben használatos, vagyis az ideges gyomorbántalmakat 1. *mozgási*, 2. *érzési* és 3. *elválasztási neurosisokra* s végül 4. *ideges dyspepsiára* vagyis az előbbieknek kombinált kórcsoportjára osztja fel. Ezen 4 főcsoport azután körülbelül 30, külön névvel jelölt s klinikailag különválasztott alcsoportra oszlik, mi első áttekintésre kissé bonyodalmasnak tünik fel. Tekintve azonban a gyomornak a többi szervekhez viszonyított annyira változatos szerepkörét, motorius, vegyi és felszivódási működését, ezen egyes működéseknek direkt vagy reflektorius idegbefolyás útján történő megváltozását, a gyomorbeidegzésnek még mindig hiányos physiologiai ismeretét: azt kell mondanunk, hogy az ideges gyomorbajoknak ez a részletezése egyelőre épen a világosság szempontjából történik. Később, valószinüleg egyszerüsítés fog létesülni ezen a téren is, ma azonban még hiba volna, tényleg össze nem illő fogalmakat egy kalap alá foglalva, a teljes tisztázást ez által hátráltatni. Szerzőnek ezen, kissé schematizáló irányában — egyébként egyéniségének teljes sértetlensége mellett —, a franczia és angol szerzőkkel szemben érzett rokonszenve nyilvánul meg; eléggé meg nem becsülhető előny a mi német befolyás alatt levő irodalmi viszonyaink között. A franczíák, mint elsőrangú klinikusok, ha egy tünetcsoportot boncztanilag kellően megmagyarázni nem tudtak, nem iparkodtak azt beilleszteni egy vagy más ismert betegség keretébe, hanem a kérdés tisztázását további kutatásokra bizva, respektálták mint önálló kórképet, ha az bizonyos szabályszerüséggel jelentkezett. Találóan jegyzi meg szerző az ideges dyspepsia fogalmának meghatározásában, hogy míg a német irodalomban a kórboncztani irány uralkodott a legutóbbi időkig s miután mindennek az anatomiai alapját keresték, a mi nem volt fekély vagy rák, azt gyomorhurutnak minősitették, addig a franczia és angol orvosok kevesebb élettani iskolázottsággal, de több gyakorlati érzékkel és semiologiai észlelőképességgel birtak s így bizonyos jelenségeket az élőben akkor is figyelemre méltattak, ha a boncolás nem is nyujtott kellő bizonyítékot.

E szük keretben részletesen ismertetni ezen változatos fejezetet alig lehetséges és így csupán arra szoritkozunk, hogy főbb vonásaiban visszaadjuk annak beosztását s azon irányelveket, melyekben a szerző eredetisége leginkább nyilvánul. A kimerítő *élettani* részből látjuk, hogy a gyomor beidegzésének ismerete másfél évtized óta vajmi keveset haladt. A mennyire ismeretesek e részben a boncztani viszonyok, annyira hiányos még a gyomoridegeknek élettani szerepe. A mindennapi tapasztalat ugyan arra tanit, hogy a gyomornak minden működése tényleg idegbefolyáson alapul, másrészt a vagus és sympathikus a gyomornak idegei, mégis szó szerint ismétli szerző 13 év előtt tett megjegyzését, hogy újabb buvárlatok látszanak a vagusnak és sympathikusnak a gyomorelválasztásra és mozgásra való befolyását oly megfoghatatlan csekélynek feltüntetni, hogy e vizsgálatok eredménye után majdnem zavarba jövünk, hogy hol keressük hát a szemünk előtt folyton nyilvánuló gyomorbeidegzési folyamatok forrását. Az éhség közérzetét illetőleg szerző a vagus mellett foglal állást, a gyomor általános érzékenységét a sympathikus rostokra vonatkoztatja, míg a gyomornak felszívóképessége az egyedüli, mely nem áll közvetlen idegbefolyás alatt. Az általános *oktani* rész után, melyben az általános neuropathikus alkat befolyása festői ecsetelésre talál, következik a fentebb érintett *beosztás*, s azután az első főcsoport: *a gyomor mozgási zavarai.* A gyomor, főleg pedig a cardia és pylorus mozgásának élettani adatai után a *gyomor gyengült mozgási erejének* gyüjtőfogalma alatt sorrendben az első a *gyomorfalak zsongtalansága*, mint gyakoriságánál fogva egyik legfontosabb motorius gyomorbántalom. A tünettani részben szerző a locsocsanás után hangsúlyozza az általa inaugurált eljárásnak, a beteg oldalra fektetésének kórismei értékét, midőn is a gyomornak kopogtatási hangja változást szenved, míg a gyomornak előmborodását az atoniánál állandó jelnek nem tartja. A ritka *gyomorhüdés* tárgyalásánál felemliti annak idült alakját, melyet más szerzőnél eddig nem talált. A *gyomorcsukó zárhatlansága* után a *gyomornyitó zsongtalanságát* s az utóbbitól függő *regurgitatiót, kérődzést* és *ideges felböfögést* mint a hysteria és neurastheniának gyakori részjelenségeit behatóan méltatja. A *gyomormozgások kóros fokozódásának* csoportjában elsőnek találjuk a Kussmaul nevéhez füződő *peristaltikus nyugtalanságot*, szerző személyes tapasztalataival gazdagítva, melyek közül kiemelendők a gyomorban önként keletkező és rendellenes peristaltikára visszavezethető zörejek, továbbá ezen kóralaknak egyik keletkezési módja, a pylorus görcsös szükületének alapján. A *gyomorgörcs, gyomornyitó- és csukó görcsének* szabatos ismertetése után az *ideges hányásoknak* gyakorlati fontossággal biró fejezete jön sorra. Az *önszenvi hányás* után, a változatokban gazdag *reflektorius hányásnál* szerző hangsúlyozza azon itt ép úgy, mint a reflexeknél általában nyilvánuló jelenséget, hogy csekélyebb inger élénkebb reflexet vált ki, vagyis úgy látszik, mintha azon inger, mely az öntudatot erősebben veszi igénybe, reflexhatásában gátlást szenvedne. Ezután az *általános idegkórtól függő hányás* érdekes fejezete következik s végül szerző az ideges hányásoknak közös ismertető jeleit éles világitásban tárja elénk. *Dieballa Géza* dr.

(Folytatása következik.)

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Acut gonorrhoea** ellen jó eredménynyel használja *Moore* a methylenkéket belsőleg; 18 centigrammot ad 3-szor naponként. A methylenkék antiseptikus hatású s minthogy a vizelettel választatik ki — a mit a vizelet kék színe mutat —, ily módon közvetlenül antiseptikus hatással van minden vizelés alkalmával a húgycső nyákhártyájára. (Semaine médicale 1897. 4. sz.)

2. **Hasmenés** ellen — bármi ok által legyen az feltételezve — jó eredménynyel használja *Klimenko* a dermatolt 0·25—1·0 grammos adagokban, 2—8 grammot 24 óra alatt. A dermatol íz- és szagnélküli lévén, a betegek mindig szívesen vették. Kellemetlen melléktüneteket szerző nem észlelt. (Wratsch, 1896. 41. szám).

3. **A gyomornedv hyperaciditásának** gyógyításáról szólva, *Stewart* megjegyzi, hogy az alkaliákat legczélszerübb a gyomoremésztés magaslatán adni, a mikor a gyomortartalom már a belekbe kezd átlépni. Ily módon megakadályozhatjuk, hogy a belekbe kerülő táplálék túlságos savi hatása meggátolja a bélemésztést. Ezenfelül a belekben végbemenő erjedő folyamatok ellen még a β-naphtholt ajánlja 30 centigrammos adagban, legczélszerübben 4 gramm essentia zingiberis-ben oldva, a mihez még 1—2 csepp oleum cajeputi-t is ad és az egészet vízben véteti be. (Practitioner, 1897. január.)

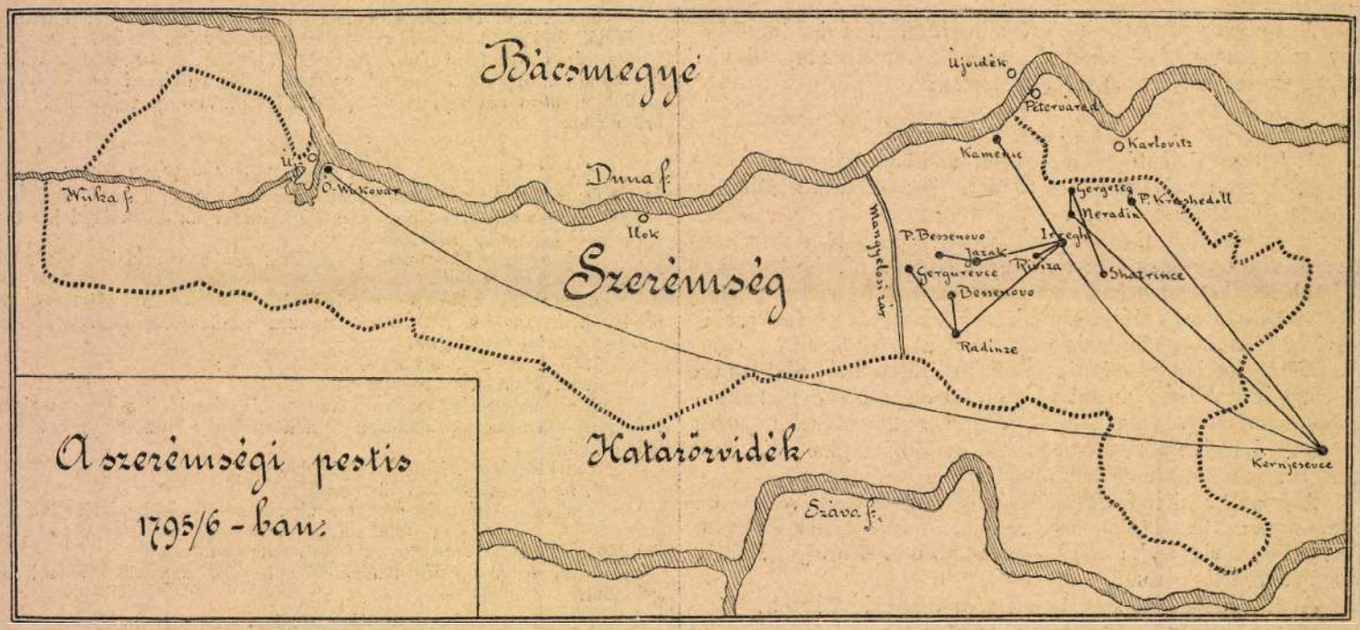
TÁRCZA.

A pestisről.

A szerémségi járvány 1795/96-ban. — A pestis klinikai képe a legújabb észleletek alapján.

Magyarországon az utolsó pestis-járvány a szerémségi volt 1795/96-ban. A járvány elfojtására kiküldött kormánybiztos mellé „pro consilio medico“ rendelt *Schraud Ferencz*, a pesti egyetemen az államorvostan rendes tanára, a szerémségi járvány alatt gyüjtött tapasztalatokat egy nagy, három kötetes latin munkában tette közzé (Franciscus Schraud: Historia pestis sirmiensis. Budae, 1802. Ugyanez rövidítve német nyelven is napvilágot látott következő czímmel: Franz von Schraud: Geschichte der Pest in Sirmien. Pesth, 1801.), melyből egyet-mást közölni nem lesz érdektelen most, a mikor a közfigyelem ismét ezen veszélyes betegség felé fordul.

1795. julius végén a szerémi alispán hivatalos ügyben Irreghen tartózkodván, megtudta, hogy a helységben újabban több haláleset fordult elő, melyeket a kerületi orvos „bösartiges Faulfieber“-nek nevezett és a melyeket az az évi termésből készült kenyér által okozottaknak tartottak. De már ekkor arról beszélt a nép, hogy tulajdonképen pestis uralkodik s félelmükben sokan



máris a közeli erdőkbe menekültek. A pestis külső jeleit ugyanis Törökországból nem régiben haza került néhány egyén már ismerte. A pestis jelenlétét azonban nyiltan bevallani senki sem merte, mert a törvény a pestis eltitkolójára halálbüntetést szabván, ebből helytelenül azt következtették, hogy arra, ki pestist jelent be, a nélkül, hogy volna, szintén halálbüntetés vár.

Minthogy a szomszédos Neradin községben szintén előfordult több gyanús haláleset, *Buday András* dr. megyei orvos küldetett ki, a ki augusztus 1-én megérkezvén Irreghre és Neradinba, csakugyan pestis jelenlétét állapította meg és kideritette, hogy mindkét helyre a határőrvidéki Kernjesevce nevü helységből hurczolták be a bajt (a hová valószinüleg Törökországból jutott el), melynek első áldozata Irreghen julius 14-dikén, Neradinban pedig julius 22-dikén halt meg.

Buday jelentése után az alispán azonnal intézkedéseket tett a baj terjedésének megakadályozására, egyszersmind felszólitották a pesti orvosi fakultást is véleményadásra, hogy a jelzett betegség csakugyan pestis-e, a mire a válasz igenlő volt.

E közben a szomszédos megyék részint katonasággal, részint köznéppel körülzárolták Szerémmegyét. Magában Szerémmegyében is a még nem fertőzött wukovári és iloki kerületet elzárták a fertőzött rumai kerülettől kordonnal, mely Mitrovitztól Banostorig terjedt (úgynevezett mangyelosi zárvonal).

A kormánybiztos *Schraud*-dal augusztus hó 20-dikán érkezett meg Újvidékre; magába a fertőzött megyébe azonban nem mehettek, mert az akkoriban érvényben volt rendeletek szerint az, ki egy fertőzött helyre megy, azt csak egy bizonyos, hosszabb ideig tartó kontumáczia után hagyhatta el.[1] A pestis ekkor már nagy pusztításokat vitt véghez Irreghen és Neradinban, minek következtében nagy volt a fejetlenség e két helyen: a lakosság rettegett a kórházaktól, ellenszegült a hatóság intézkedéseinek, minden irányban elmenekült. Az óvóintézkedéseket illetőleg nehézségek voltak azért is, mert a fertőzött helységek lakói a mezei munkát, a szőlőmivelést nem akarták abba hagyni. Nem csoda, hogy a baj mind számosabb községeket lepett meg a rumai kerületben.

Szeptemberben azután kitört a járvány Ó-Wukováron is, tehát egy járványmentes kerületben; de ide nem a rumai kerületből, hanem szintén a határőrvidéki Kernjesevceből hurczolták be. Érdekes a wukovári járvány azért is, mert ennél sikerült czélszerü óvóintézkedésekkel a bajt a város egy kis területére korlátozni, továbbá azt elérni, hogy más helységek ne fertőztessenek.

A szerémségi pestis terjedése legjobban áttekinthető a mellékelt vázlatos rajzon, melynél a vonalak a járvány terjedésének útját tüntetik fel. A mint látjuk, a határőrvidéki Kernjesevceből négy helyre jutott el a baj: először Irreghre, majd Neradinba, azután P.-Krushedollba, végül pedig Ó-Wukovárra. A járvány főfészke Irregh lett, a honnan elhurczoltatott Kamenicbe, Jazakba, Rivizaba és Radinzebe; Jazakból folytatólagosan P.-Bessenovo, Radinzeből pedig Bessenovo és Gergurevce fertőztettek; Neradinból Gergetegbe, innen pedig Shatrinzebe vitetett a baj. Összesen tehát 13 helység volt fertőzve Szerémmegyének akkoriban összesen 99 helysége közül; a fertőzés mindig pestises helyről jött személyek vagy tárgyak útján történt.

A mi a szerémségi járvány tartamát illeti, a tömegesebb megbetegedések még az 1795. évben megszüntek; a következő év első két havában már csak szórványos megbetegedések fordultak elő, márcziustól kezdve pedig nem is észleltek újabb megbetegedést.

[1] Egy izben Buda városi orvosa, Persa dr. a fertőzött Pest városban volt kénytelen egy vizsgálatot végezni, mely három napig tartott; utána Budára csak úgy mehetett vissza, hogy előbb a Margitszigeten 6 hetes kontumáczián szenvedett át.

A járvány okozta pusztítás feltüntetésére szolgáljon a következő táblázat:

Helység neve	Lakosság száma a járvány előtt	Megbetegedettek száma	Halottak száma
Irregh	4813	3389	2548
Neradin	968	526	425
Gergeteg	248	90	69
Riviza	664	72	60
Jazak	1727	166	140
Pernjavor-Krushedoll	279	64	49
Shatrinze	165	24	18
Wukovár	5615	137	58
Radinze	368	21	16
Gergurevce	1953	9	8
Bessenovo	939	3	3
Pernjavor-Bessenovo	358	14	10
Kamenic	1513	44	31
Összesen:	19610	4559	3435

(Folytatása következik.) *Székely Ágoston* dr.

Meghivás a magyar orvosi könyvkiadó társulat évi közgyülésére.

A magyar orvosi könyvkiadó társulat évi *közgyülését* f. év márczius hó 26-dikán d. u. 6 órakor a budapesti kir. orvosegyesület helyiségében fogja tartani.

Tárgyak:

1. Titkári jelentések a társulat működéséről.
2. A mult évi közgyülés által a pénztár megvizsgálására kiküldött bizottság jelentése.
3. A társulat tisztikarának és az igazgató-tanács egy harmadának megválasztása az alapszabályok 17. és 18. §§-ai értelmében.
4. Három tagú bizottságnak megválasztása a pénzkezelés megvizsgálására az alapszabályok 36. §-a értelmében.

Midőn az igazgató-tanács meghagyásából a társulat t. tagjait ezen közgyülésre meghivni szerencsém van, egyszersmind megjegyzem, hogy azon tagok, kik a gyülésen személyesen meg nem jelenhetnek, szavazataikat a titkársághoz (V., Sas-utcza 16. sz.) irásban is beküldhetik.

A jelenleg kilépő igazgató-tanácsi tagok a következők: budapestiek: Hegedüs János, Kétli Károly, Müller Kálmán, Réczey Imre, vidékiek: Imre József, Kanka Károly, Molnár József, Varga Zsigmond.

A kilépő igazgatósági tagok újra megválaszthatók.

Budapest, 1896. február hó 25-dikén.

Koller Gyula dr., első titkár.

Heti szemle.

Budapest, 1897. február 26-dikán.

Az orvosi kamarák kérdése ismét napirendre kerül. Mint azt mult számaink egyikében jeleztük, a belügyminister úr az egészségügyi osztályában már régebben elkészült törvényjavaslat tervezetét az országos közegészségi tanács felterjesztésére véleményadás végett leküldötte úgy az országos közegészségi tanácsnak, valamint az egyes fővárosi és vidéki orvosegyesületeknek, hangsúlyozván, hogy e kérdésben a vélemények beérkezte után fog állást foglalni.

A millenniumi congressusból kiküldött bizottság albizottsága ez idő szerint szintén dolgozik az „Országos orvosi szövetség“ alapszabályain, melyeket márczius második felében a teljes bizottság is véglegesen meg fog állapítani; így miután a belügyminister úr a törvényjavaslat tervezetére vonatkozólag a véleményeket csak május hó elsejére kivánja be, egész április hó folyamán módjában leend Magyarország orvosi közönségének alapos itéletet alkotni magának a kétféle irány felől és választani melyiket tartja a rend méltóságával összeegyeztethetőbbnek.

A kamara ellenesek és kamara barátok érvei és ellenérvei tehát újra mérkőzni fognak. A kérdés komolysága és az orvosi rend reputatiója érdekében óhajtjuk, hogy e mérkőzés megmaradjon a parlamentaris határok között. Érv érv ellen! Győzzön a jobb!

A következőkben közöljük a törvényjavaslat tervezetét.

Törvényjavaslat az orvosi kamarákról.

I. Fejezet.

Orvosi kamarák.

1. §. A közegészségügy előmozdítására és az orvosi kar érdekeinek képviselete czéljából orvosi kamarák létesíttetnek.

2. §. Az orvosi kamarák számát, területi beosztását és székhelyeit a belügyminister rendeleti úton állapítja meg.

3. §. Az orvosi kamarákba tartoznak a területükön lakó, gyakorlatot folytató vagy orvosi hivatalt viselő orvosok (orvostudorok és sebészek) a tényleges szolgálatú közös hadseregbeli és honvédorvosok kivételével.

II. Fejezet.

Hatáskör.

4. §. Az orvosi kamarák feladata a közegészségügy érdekeinek előmozdítása körül az egészségügyi kormányzat és a hatóságok támogatása. E czélból a közegészségügy körébe tartozó helyi vagy országos érdekű kérdéseket tárgyalják és a belügyministernek, valamint a területükön levő hatóságoknak, ezek felszólítására vagy önként, közigazgatási szakkérdésekben véleményt adnak, illetve javaslatokat tesznek.

Feladatukat képezi továbbá az orvosi kar közös érdekeinek képviselete és mindazon törekvések előmozdítása, melyek az orvosi foglalkozás tekintélyének és az egyes orvosok jogos érdekeinek megóvására irányulnak.

Ezen kivül az orvosi kamarák saját tagjaik felett a jelen törvény határozatai szerint fegyelmi hatalmat is gyakorolnak.

III. Fejezet.

Szervezet.

5. §. Az orvosi kamarák hatásköréhez tartozó ügyeket a kamarák tagjaiból álló közgyülés, a választmány, a fegyelmi tanács, a központi választmányi kiküldött és az elnök intézik, az összes kamarákból alakítandó „központi választmány“ által belügyministeri helybenhagyás mellett alkotott szabályrendelet (orvosi rendtartás) és saját ügyrendjük értelmében.

a) Közgyülés.

6. §. A közgyülés minden kamarában évenkint legalább egyszer és pedig lehetőleg október hóban tartandó, miről a tagok tizennégy nappal előre a tárgyrend pontos megjelölésével az elnökség útján meghivó levél mellett értesítendők.

A közgyülés határozatképességéhez a kamara tagjai egy ötödének jelenléte kivántatik meg.

Rendkivüli közgyülés egybehivása iránt a kamarai tagok két ötödének kivánatára az elnök az ezen szakaszban foglalt határozmányok szerint intézkedik.

7. §. A közgyülés hatáskörébe tartozik:

1. az ügyrend megállapítása,
2. a választmánynak s a kamara tisztikarának megválasztása, a fegyelmi tanácsnak megalakítása és a központi választmányi kiküldöttnek kijelölése,
3. a költségelőirányzat helybenhagyása,
4. az évi számadás felülvizsgálása,
5. a választmány határozatai ellen beadott felebbezések elintézése,
6. a választmány által előterjesztett és a kamara tagjainak összességét érdeklő indítványok feletti határozathozatal.

8. §. A közgyülés hatáskörébe tartozó ügyekben szótöbbséggel dönt.

b) Választmány.

9. §. A kamara választmánya a kamarai tagok számához képest akkép alakítandó, hogy minden 10 kamarai tag után egy választmányi tag számíttattik.

A választmány tagjainak száma azonban 12-nél kevesebb és 24-nél több nem lehet. A választmány a közgyülésen titkos szavazás útján választatik. A távollevők szavazó bárczájuk kiséretében szavazólapjukat a kamara elnökségéhez beküldhetik s az igy beérkezett szavazatlapok a közgyülés tartama alatt a kiküldött szavazatszedő bizottság által a személyesen beadottakhoz csatoltatnak.

A megválasztás viszonylagos szavazattöbbséggel történik.

10. §. A választmány megbizatása 3 évre terjed.

11. §. A választmány elnöke a kamara elnöke; a jegyzői teendőket a titkár végzi, ki azonban szavazattal csak azon esetben bir, ha egyébként is a választmány tagja.

12. § A választmány ülései a kamarai tagok számára nyilvánosak.

Az ülések számát, idejét s az egybehivás módozatait az ügyrend állapítja meg. A határozatképességhez a választmányi tagok egyharmad részének jelenléte kivántatik meg. A meg nem jelent tagok elmaradásukat az elnöknél igazolni tartoznak.

13. §. A választmány hatáskörét képezi:

1. A közgyülési határozatok végrehajtása,
2. a hatóságoktól a kamarákhoz intézett megkeresések és felszólítások elintézése, esetleg a közgyülés számára való előkészítése,
3. a kamara vagyonának kezelése,
4. az évi költségelőirányzat és számadás előzetes átvizsgálása s a közgyülés elé terjesztése,
5. a kamara területén gyakorlatot folytató vagy hivatalt viselő orvosok nyilvántartása,
6. mindazon teendők, melyeket részére az ügyrend megállapít.